Rok XLIII. Kraków, 2 Stycznia 1904. Nr. 1.

Redakcya: ulica Basztowa l. 4.

Administracya: Podwale l. 9.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38. rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia panów Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3 50 rsr., **kwartal.** 1·75 rsr. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek, kwartalnie 4 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 40 hal.

Treść:

Administracya „Przeglądu lekarskiego" uprasza P. T. prenumeratorów o odnowienie przedpłaty na rok 1904, która wynosi:

w Austryi rocznie	20 Koron
w Król. polskiem i Ces. rosyjskiem rocznie	7 Rubli
w Niemczech rocznie	16 Marek
we Francyi „	30 Fr.

P. P. prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za rok przeszły uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Rok XLIII. Kraków 2 Stycznia 1904. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Odma pęcherzykowa jelit *(Pneumatosis cystoides intestinorum)*.

Podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,
asystent Zakładu, prof. nadzw. U J.

(Według wykładu na Zjeździe chir. polskich)

Wśród zmian, zdarzających się w ustroju ludzkim, szczególne zajęcie budziły zawsze sprawy, cechujące się obecnością gazów wśród tkanek, a nawet wytwarzaniem się baniek wolnego gazu we krwi w naczyniach krwionośnych. W ostatnich czasach poznano lepiej zmian tych dwa rodzaje, mianowicie co do ich etyologii; jedną z nich jest klinicznie wielkiej wagi, groźna zgorzel gazowa; drugą dla klinicystów obojętna, anatomicznie osobliwa tak zw. gąbczastość narządów. Obie te sprawy tem są pokrewne, że w obu przyczyną zarówno całej sprawy, jak i jej najznamienniejszego zjawiska, to jest samegoż powstawania gazów, są bakterye, że w obu przebieg jest szybki, ledwo na godziny się liczący. Różnią się tem, że zgorzel gazowa powstaje w tkankach żywego ustroju; gąbczastość narządów tłómaczą wszyscy badacze działaniem bakteryi, które dostały się w głąb narządów w chwilach przedzgonnych i wśród obumierających już tkanek wytwarzały gazy. Toteż w narządach gąbczasto zmienionych (Schaumorgane) nie widać żadnego odczynu tkanki; jest ona tylko bierną, przez gaz rozpychaną pożywką gazotwórczych beztlenowców. Inaczej wyglądają tkanki w przypadkach, w których żywy jeszcze ustrój toczy walkę z bakteryami gazotwórczemi, a do których prócz — najlepiej zbadanej — zgorzeli gazowej kończyn, zaliczyćby należało ostrą odmę zakaźną niektórych narządów wewnętrznych, jak np. żołądka *(gastritis acuta emphysematosa*, opisana przez Fränkla: Virchows Archiv. T. 118); wówczas pod bezpośrednim wpływem bakteryi tkanki obumierają, a w sąsiedztwie oddziaływają przynajmniej silnem przekrwieniem i wybroczynami, jeżeli już nie zapaleniem.

Nie zajmując się dłużej temi sprawami, ani sporem, toczącym się jeszcze w piśmiennictwie, do jakiego rodzaju bakteryi zaliczyć należałoby prątki, wywołujące zgorzel gazową, należy odrazu zaznaczyć, że przedmiotem niniejszej pracy będzie mało jeszcze znane, bo rzadkie zjawisko, które z tamtemi dzieli tylko jedną cechę, mianowicie obecność pęcherzyków gazowych w tkance. Zresztą zaś jest ono, jak się zdaje, czemś od nich zupełnie różnem, zarówno co do swego rozwoju i sposobu powstawania, jak i co do szczegółów obrazu anatomicznego i co do znaczenia patologicznego, wreszcie prawdopodobnie i co do etyologii.

Sposobność do badań nasunął nam następujący przypadek. M. F., 24-letnia wyrobnica, zgłosiła się na oddzia chirurgiczny szpitala św. Łazarza z objawami, na których podstawie rozpoznał ś. p. prof. Trzebicky wrzód żołądka ze zwężeniem odźwiernika i uznał operacyę za wskazaną. Już w czasie tej operacyi (gastroenterostomii), dokonanej w styczniu r. z., zauważono, że na jelitach znajdują się jakieś niezwykłe zmiany i z tego powodu wycięto kawałki zmienionej tkanki i przesłano je naszemu Zakładowi dla zbadania drobnowidowego i określenia przyrody sprawy. Gdy zaś chora, bardzo wycieńczona i niedokrwista, zmarła wkrótce w kilka dni po operacyi wskutek krwotoku żołądkowego wówczas sekcyonując zwłoki d. 10 I. 1903 znalazłem, co następuje:

Po otwarciu jamy brzusznej widać, że całą część jej górną zajmuje bardzo znacznie powiększony żołądek, do którego dna przyszyta jest najwyższa pętla jelita czczego. Ramiona tej pętli (doprowadzające i odprowadzające) zeszyte są ze sobą 7 ctm. poniżej przyszytego do żołądka odcinka pętli. Prawą stronę jamy brzusznej zajmuje kątnica, odwinięta wraz z częścią wstępującą tak ku górze, że kopuła jej leży tuż pod częścią poprzeczną okrężnicy koło zgięcia wątrobnego. Razem z osadzoną na długiej krezce kątnicą zmienił położenie i wyrostek robaczkowy, który mierzył 15 ctm. długości i posiadając osobną, krótką krezkę, biegł wzdłuż wewnętrznej powierzchni kątnicy w kierunku okrężnicy wstępującej. Właściwą okolicę kątniczą zajmuje duży, nieforemny guz, wielkości niemal dwóch pięści dorosłego człowieka, złożony z mnóstwa większych i mniejszych torbielków, wypełnionych gazem. Wreszcie pozostałą, t. j. dolną i lewą część jamy brzusznej wypełniają jelita cienkie. W jamie brzusznej nie ma żadnej cieczy.

Badanie owego guza, zawierającego gazem wypełnione pęcherzyki, wykazało, że składał się on z trzech odrębnych guzów, połączonych ze sobą częścią wiotkimi zrostami, częścią zlepionych skąpą ilością włóknika, dających się z łatwością od siebie oddzielić. Guzy te osadzone są szeroko na jelicie biodrowem, a mianowicie głównie na tej jego stronie, która leży naprzeciw przyczepu krezki. Po rozdzieleniu guzów okazuje się, że najniższy znajdował się 18 ctm. powyżej zastawki okrężnicy, zajmował na długość 7 ctm., na szerokość przeszło 4 ctm. (w kierunku obwodu jelita, mierzącego w tem miejscu $7^1/_2$ ctm. obwodu); w górnej, t. j. dalszej od kątnicy części, przechodzi ten guz na górnej stronie jelita ku przyczepowi krezki. Drugi guz leży 10 ctm. powyżej pierwszego, zajmując odcinek jelita, długi na 6 ctm.; trzeci guz znajduje się 16 ctm. powyżej drugiego i zajmuje jelito na przestrzeni 9 ctm. Oba te guzy w najszerszem miejscu mają około $3^1/_2$ ctm. szerokości. Wysokość guzów jest w różnych miejscach ró-

żna, wogóle jednak nie przekracza 5 ctm. Wogóle więc guzy te zbliżają się kształtem najwięcej do połówki podłużnie przeciętego i powierzchnią przekroju wzdłuż jelita położonego jaja.

Wszystkie trzy guzy składają się z gromadek pęcherzyków, wypełnionych gazem bezbarwnym i bezwonnym, usadowionych, o ile to gołem okiem ocenić można, pod otrzewną jelitową i wśród warstwy mięsnej jelita, a gdzieniegdzie tylko docierających bliżej ku światłu jelita i wypuklających się ku jego wnętrzu. O ile jednak od strony zewnętrznej, t. j. otrzewnej, pęcherzyki leżą gęsto jeden przy drugim, oddzielone tylko cieniutkiemi ściankami, o tyle od strony wewnętrznej, t. j. błony śluzowej, widać tylko nieliczne, przeważnie zosobna, rzadziej w gromadkach po kilka leżące pęcherzyki. Poszczególne pęcherzyki są różnej wielkości: obok najdrobniejszych, wielkości główki od szpilki, są większe, dochodzące wielkości grochu, w znacznej liczbie; największe, nieliczne zresztą, dochodzą wielkości orzecha laskowego. W żadnym pęcherzyku nie zauważyłem innej treści, prócz gazu, w szczególności w żadnym nie było cieczy surowiczej. Ściana pęcherzyków, od wewnętrznej strony gładka, lśniąca, zbudowana jest z tkanki białawej, jednostajnej, niepodatnej, tak że po przecięciu pęcherzyki nie zapadają się. Połączenia między pęcherzykami gołem okiem nie widać.

Otrzewna jelitowa, pokrywająca pęcherzyki, jest wyraźnie, niejednostajnie zgrubiała, nastrzykana; w tych miejscach, w których guzy były ze sobą połączone, widać na preparacie strzępki wiotkich, unaczynionych zrostów, a gdzieniegdzie małe złogi włóknikowe; w innych miejscach zaś jest pokrywająca pęcherzyki otrzewna gładka i lśniąca. Poza obrębem guzów jest otrzewna najniższych pętli jelita biodrowego również nierówna i strzępkami zrostów pokryta w tych miejscach, które zlepione były z guzami; nadto na otrzewnej jelita biodrowego pomiędzy guzami, a także na otrzewnej, pokrywającej kątnicę, widać miejscami liczne, cienkie, białawe strzępki i nitki, napozór bardzo podobne do poprzerywanych zrostów; jednakże badanie dokładniejsze poucza, że te strzępki i nitki siedzą także na tych miejscach, które nie były z guzami ani z sąsiedztwem zlepione, ani zrosłe, a nadto, że strzępki te i nitki, różnej długości, dochodzące do 2 ctm., mieszczą czasem na samym swym wolnym końcu drobny, wielkości główki od szpilki aż do wielkości soczewicy dochodzący, pojedynczy, cienkościenny torbielek, wypełniony gazem. Wzdłuż takich nitek, zakończonych torbielkiem, widać biegnące cienkie naczynia. Przeważna jednak część strzępków i nitek nie zawiera już naczyń, ani też nie dźwiga na końcu torbielka.

W innych miejscach jest otrzewna lśniąca, ale zgrubiała i to niejednostajnie, gdyż zgrubienia, występujące gdzieniegdzie nieregularnie w postaci płaskich smug i rozmaicie się krzyżujące, pozostawiają między sobą miejsca mniej zgrubiałe, okrągławe. Te okrągławe, niezgrubiałe miejsca, dochodzące wielkości monety srebrnej pięciokoronowej, są silnie nastrzykane i odbijają przez to wyraźnie od mlecznobiałych, otaczających je zgrubień smugowatych. Takie niejednostajne zgrubienie otrzewnej widać i na tych częściach jelita biodrowego, które leżą powyżej guzów gazonośnych; wyraźnie widać tę zmianę na przestrzeni 70 ctm. powyżej najwyższego guza, poczem zgrubienie otrzewnej stopniowo słabnie i zwolna bez ostrej granicy się gubi tak, że na 2 metry powyżej zastawki okrężnicy już go wcale niema. Podobne niejednostajne zgrubienie widać także na krezce jelita biodrowego, która jest podobnie, jak krezka kątnicza, bardzo wysoką; na krezce również zgrubienie jest najwybitniejsze w częściach najniższych, sąsiadujących z guzami jelita, — ku górze zaś, t. j. ku jelitu czczemu, słabnie i zwolna się gubi. Na krezce również wśród mlecznych, nieregularnie pokrzyżowanych, okrągławych zgrubień odbijają wyraźnie mniej zgrubiałe, nastrzykane, okrągławe przestrzenie.

Reszta otrzewnej jelitowej i otrzewna ścienna jest gładka, lśniąca, blada i niezgrubiała. Torbielków gazonośnych nigdzie zresztą pod otrzewną niema.

Dodać jeszcze należy, że część najniżej położonego guza została za życia w czasie operacyi odciętą; miejsce to można poznać po pozostałych na niem podwiązkach.

Pokrywająca pęcherzyki gazonośne błona śluzowa jelita biodrowego nie jest przekrwiona, tylko miernie przesiąknięta barwikiem, pochodzącym z fusowatej, w całem jelicie cienkiem i w żołądku znajdującej się treści. Jak już wspomniałem, od strony błony śluzowej widać tylko nieliczne i to przeważnie z osobna leżące pęcherzyki gazonośne; znajdujące się tu pęcherzyki dochodzą wielkości grochu i są porozrzucane bezładnie, a tylko w tych miejscach, gdzie ich jest trochę więcej, ustawiają się niekiedy jakby w nieregularny szereg w kierunku okrężnym. Zresztą pęcherzyki te widać od strony błony śluzowej tylko w tych 3 miejscach, gdzie od strony otrzewnej znajdują się owe 3 guzy, złożone z pęcherzyków; w częściach jelita znajdujących się pomiędzy guzami, oraz powyżej i poniżej guzów nie widać pod błoną śluzową pęcherzyków wcale. Gołem okiem nie widać zresztą w błonie śluzowej żadnych zmian; kępy Payera są niepowiększone, płaskie, mają postać siatki o małych oczkach, a szerokich, płaskich przegrodach; grudek odosobnionych gołem okiem nie widać; nigdzie niema żadnych owrzodzeń. Również i w wyższych częściach jelita cienkiego, jakoteż i w jelicie grubem, zawierającem kał prawidłowy w zbitych grudkach, żadnych więcej zmian nie zauważyłem.

Gruczoły krezkowe i zaotrzewne nie były powiększone; zbitość ich prawidłowa, barwa bladoróżowa, przekrój o jednostajnem wejrzeniu. W naczyniach jamy brzusznej, w szczególności krezkowych, żadnych też zmian nie znalazłem.

Oprócz opisanych dotąd zmian godne uwagi były tylko zmiany żołądka, przełyku i śledziony. Bardzo znacznie powiększony żołądek miał ściany silnie zgrubiałe, w których warstwa mięsna była wybitnie, zwłaszcza w częściach, bliższych odźwiernika, przerosła. Błona śluzowa żołądka pofałdowana, silnie zgrubiała, nierówna, groszkowata. Na krzywiźnie małej znajdują się 3 małe, płytkie, tylko do błony podśluzowej sięgające wrzody, kształtu nieregularnego. W odźwierniku, przechodząc w znacznej części na dwunastnicę, na ścianie górnej wrzód okrągły wielkości fasoli, o brzegach lekko podminowanych, włóknistych, drążący na 2 ctm. w głąb poza ścianę żołądka między włókniste zrosty, łączące tę okolicę żołądka i dwunastnicę z więzadłem żołądkowo-wątrobnem; wskutek tego dno wrzodu przechodzi w położoną między zrostami wązką a głęboką jamkę. Na ścianie bocznej tej jamki znajduje się otworek, drożny dla sondy, a prowadzący do tętnicy wieńcowej prawej górnej żołądka blizko jej początku. Na przedniej ścianie odźwiernika drugi płytki wrzo-

dzik okrągły, wielkości grochu. Światło odźwiernika znacznie zwężone, drożne tylko dla małego palca. Również i początek dwunastnicy zaciśnięty zrostami, skrócony tak, że ujście przewodu żółciowego wspólnego leży tylko 5 ctm. poniżej odźwiernika. Wreszcie jeden jeszcze wrzód znajduje się w samym wpuście, na ścianie przedniej, przechodząc częściowo na przełyk. Wrzód ten okrągły, o brzegach terasowatych, ma wielkość srebrnego guldena, a drąży głęboko przez całą prawie, w tem miejscu znacznie zgrubiałą (do 4 mm. dochodzącą), włóknisto zwyrodniałą ścianę. Dolna część przełyku powyżej tego wrzodu rozszerzona, a ściana przerosła. Rozszerzenie i przerost przełyku maleje w miarę posuwania się ku górze tak, że w górnej połowie przełyku już zmian nie ma.

Wspomnieć wreszcie należy, że w dnie żołądka znajduje się otwór sztuczny, łączący światło żołądka z wnętrzem najwyższej pętli jelita czczego, drożny dla 4 palców. Zeszyte ze sobą ramiona tej pętli są również połączone otworem bocznym. Szwy wszędzie trzymają dobrze i wyglądają czysto, oba ramiona przyszytej do żołądka pętli jelita są równej, miernej szerokości, nierozdęte.

Nakoniec w niepowiększonej, cienką torebką pokrytej, niedokrwistej, bladej, jędrnej śledzionie znalazłem kilkanaście drobnych torbielków, nie przekraczających wielkości ziarna prosa, zawierających ciecz jasną, przeźroczystą, a skupionych w dwie gromadki. Jedna gromadka leżała pod torebką na wypukłości śledziony, druga nieco większa, również tuż pod torebką, w dolnej części przedniego brzegu śledziony.

Zresztą w całym ustroju była wybitna niedokrwistość, wszystkie narządy niezmiernie blade. Ponieważ zresztą innych zmian nie było, przeto szczegóły opisu tu pominąć można, uzupełniając go chyba tem tylko, że denatka była bardzo wychudzona i że zamknięta szwem węzełkowym rana po laparotomii nie uległa żadnym nieprawidłowym zmianom.

Mikroskopowo zbadałem kawałki guzów, wycięte za życia i ustalone w alkoholu, oraz kawałki z różnych miejsc jelita cienkiego, bądźto pokrytych mnóstwem pęcherzyków, bądź takich, gdzie ledwo zrzadka widać było drobne pęcherzyki, bądź wreszcie takich, gdzie były tylko wspomniane pasmowate zgrubienia otrzewnej, a pęcherzyków ani śladu; również wzięto kawałeczki zgrubiałej krezki, wreszcie kawałeczki śledziony z miejsc, w których znajdowały się torbielki, — ustaliwszy wszystkie w formalinie 4%. Skrawki, przygotowane zwykłymi sposobami, barwiono hematoksyliną Delafielda i eozyną, sposobem Van Giesona, sposobami Unny, Tänzera i Weigerta na tkankę elastyczną, na bakterye zaś błękitem metylenowym Löfflera, tioniną karbolową i sposobem Grama.

Uwagę zwracały przedewszystkiem torbielki gazonośne, co do których siedziby mikroskop potwierdził to, co widzieliśmy gołem okiem. (*Rys. 1*). W samejże błonie śluzowej nie napotkałem wcale torbielków; gdzieniegdzie tylko można zauważyć w środku grudek chłonnych przestrzeń wolną, próżną, bez wyraźnej ściany, gdyż brzeg jej stanowi rozrzedzona jakby tkanka grudki; ale tak zmienionych grudek jest bardzo mało; dostrzegłem je zaledwo w kilku preparatach ze znacznie zmienionych części jelita. W obrębie błony podśluzowej spotyka się torbielki pojedyncze w preparatach z tych części jelita, gdzie i od strony zewnętrznej zmiany były największe, przedewszystkiem w tych miejscach, gdzie na otrzewnej widać było wspomniane, z pęcherzyków złożone guzy. W warstwie mięsnej bardzo mało znajduje się torbielków, a tam, gdzie są, leżą w obrębie warstwy mięsnej zewnętrznej przeważnie tylko częścią swego obwodu, resztą wkraczając już w obręb warstwy podsurowiczej. Najliczniejsze, najgęściej ułożone i największe torbielki znajdują się w obrębie warstwy podsurowiczej, którą mniej lub więcej wypuklają. Całe gromady torbielków, rozdzielonych tylko cienkiemi przegrodami, widać w preparatach z tych miejsc, gdzie znajdowały się na jelicie torbielkowate guzy; z miejsc, położonych pomiędzy guzami, w niektórych są pęcherzyki, widzialne dopiero pod mikroskopem lub ledwo dostrzegalne gołem okiem, rozrzucone nieregularnie, po jednym, najwyżej po kilka; w innych wcale niema torbielków. Niema także wcale torbielków w preparatach ze smugowato zgrubiałej otrzewnej, ani w preparatach z krezki.

Kształt torbielków jest przeważnie okrągławy; obok takich spotyka się jednak, szczególnie w błonie podśluzowej, torbielki owalne, przypłaszczone równolegle do powierzchni błony śluzowej; w tych zaś miejscach, gdzie torbielki leżą gromadnie, oddzielone od siebie tylko cienkiemi przegrodami, bywają torbielki przez siebie wzajemnie ugniecione i przybierają na przekroju kształt wielokątny. Te wszystkie rodzaje torbielków mają ściany z tkanki łącznej, nie wszędzie wszakże jednakiej; w jednych torbielkach jest ona wiotszą, w innych zbitszą, zawsze jednak zawiera dość mało komórek. Ściana pojedynczo leżących torbielków jest bez względu na ich wielkość to cieńszą, to znów w innych grubszą, a na obwodzie stosunek jej do sąsiedztwa bywa rozmaity. Cieńsze i zazwyczaj z wiotszej tkanki składające się ściany po zewnętrznej swej stronie przechodzą w sąsiedztwo bez wyraźnej granicy. Grubsze natomiast ściany, które zazwyczaj zbitsza znów tkanka tworzy, odcinają się od otoczenia dość ostro granicą, biegnącą mniejwięcej współśrodkowo, równolegle do wewnętrznej powierzchni torbielka. Wtedy ścianę pęcherzyka gazonośnego tworzy jakby gruby pierścień włóknisty, wyraźnie się od sąsiedztwa odrzynający. Gdzie torbielki gazonośne leżą gromadnie, tam takich pierścieni włóknistych niema; wtedy między sąsiednimi torbielkami są tylko cienkie przegrody, grubiejące nieco tylko w punktach węzłowych. Budowa ściany torbielka nie zdaje się pozostawać w żadnym związku z jego wielkością, trafiają się bowiem torbielki małe o ścianie zbitej, włóknistej, ale bywają też i wielkie o takiejsamej ścianie; podobnie i z torbielków, pojedynczo leżących, a mających ścianę z wiotkiej tkanki łącznej, jedne są małe, inne wielkie. Natomiast odniosłem wrażenie, że budowa ściany torbielka nie jest bez związku z obecnością lub brakiem wyściółki komórkowej w jego wnętrzu, a szczególnie z jakością tej wyściółki, o czem poniżej.

Obok takich wyraźnie tkanką łączną ograniczonych, okrągławych torbielków, spotyka się gdzieniegdzie w warstwie podsurowiczej szczeliny próżne, mniej regularnego kształtu, mianowicie w rozmaity sposób się odgałęziające, co wygląda tak, jakby tkanka została nieregularnie rozepchniętą przez gaz, wdzierający się z jednego miejsca w sąsiednie szczeliny tkankowe.

Dalej znajdują się jeszcze gdzieniegdzie węższe, podługowate szczeliny, po obu bokach ograniczone tkanką łączną,

zazwyczaj dość wiotką, rzadziej zbitszą. Wreszcie obok tych szczelin napotkać można krótsze, do wydłużonego owalu zbliżone luki, w których niewiele pozostaje przestrzeni próżnej. Takie luki najczęściej trafiają się w tych częściach jelita, gdzie są wogóle mniejsze zmiany, i to znów są one tych zmian stopniem niejako najniższym. Widać je naprzykład w obrębie blony podśluzowej w takich miejscach, gdzie w podsurowiczej rozrzucone są miernie liczne i ze sobą bezpośrednio nie sąsiadujące pęcherzyki; jeżeli zaś owe luki znajdują się w warstwie podsurowiczej, to wtedy niema torbielków ani w tej warstwie, ani w innych warstwach ściany jelita, lub też co najwyżej trafi się i to tylko w warstwie podsurowiczej jeden lub drugi odosobniony torbielek. Takie krótkie luki mają zazwyczaj grubą ścianę, zbudowaną z tkanki włóknistej, zbitej, której włókna biegną około luki częścią okrężnie, częścią ustawiają się promienisto, a wśród której widać tylko bardzo niewiele szczupłych, wydłużonych jąder. I tu włóknista ściana luki ma od zewnątrz dość ostrą granicę względem sąsiedniej, zazwyczaj wiotszej tkanki łącznej. (*Rys. 3*).

W preparatach ze smugowato zgrubiałej otrzewnej jelitowej (z miejsc, leżących powyżej torbielkowatych guzów, a także między nimi) wpadają w oko ogniska tkanki zbitej, włóknistej, wyraźnie odcinające się od otoczenia, zwłaszcza w skrawkach, zabarwionych sposobem van Giesona. Te ogniska mają taki układ włókien, że w całości budowa ich jest bądźto wyraźniej współśrodkową, bądź znów promienistą; są one okrągławe lub jajowate, a przeważnie niewiele mniejsze od właśnie opisanych krótkich luk wraz z ich grubą włóknistą ścianą. Ogniska te wyglądają tak, jakby z wnętrza ich znikła istniejąca przedtem luka i dlatego ze względu na to podobieństwo już tutaj o nich wspomnieć muszę. (*Rys. 5*).

Na ścianie torbielków, jak i szczelin nieregularnego kształtu, oraz podługowatych, wązkich szczelin nie widać czasem żadnej osobnej wyściółki komórkowej; niekiedy natomiast spotyka się regularną wyściółkę z komórek śródbłonkowych, niczem nie różniących się od prawidłowego śródbłonka naczyń limfatycznych; czasem zaś zdarza się, że część tylko ściany pokryta jest śródbłonkiem, część zaś pozbawioną jest zupełnie jakiejkolwiek wyściółki. Starałem się umyślnie zbadać, czy między obecnością lub brakiem takiej wyściółki śródbłonkowej, a wielkością i kształtem torbielków i szczelin, oraz budową ich ściany niema jakiegoś stalszego związku; nie zdołałem jednak dojść do żadnych stanowczych wniosków, choć odniosłem wrażenie, że związku takiego raczej nie ma.

Ale ciekawszym, niż wyściółka śródbłonkowa, jest inny rodzaj wyściółki komórkowej, napotykanej na ścianach torbielków i szczelin dość często, a osobliwością swoją wpadających odrazu w oko. Sąto komórki olbrzymie.

Komórki te, przylegające zazwyczaj ściśle do ścian torbielków okrągławych, mają kształt najrozmaitszy i różną wielkość. Jedne są okrągławe, owalne lub wielokątne, z tych ostatnich większość przylega zazwyczaj najdłuższym bokiem do ściany torbielka; inne są wydłużone, płaskawe, czasem mają postać bardzo wązkiego, a długiego, nieprzerwanego paska, jakby przylepionego do obwodu torbielka. Największe z tych komórek dochodzą wielkości największych komórek olbrzymich, wogóle w ustroju spotykanych, n. p. naokoło ciał obcych. Najmniejsze, jakością protoplazmy, ilością i jakością jąder z tamtemi niewątpliwie pokrewne, są wielkości komórki wątrobnej, a nawet nieco mniejsze; takie mniejsze okazy mają nieraz kształt komórek nabłonka brukowatego, a nawet czasem układają się na ścianie torbielka w szereg, nieco przypominający nablonek brukowaty. Granice tych komórek są ostre, protoplazma wydaje się najczęściej jednolitą, niemal szklistą; w niektórych tylko komórkach w preparatach, ustalonych w alkoholu, dostrzegłem wśród plotoplazmy jasne, zupełnie niezabarwione, wąziutkie, pozakrzywiane szczeliny, przypominające najwięcej jeszcze próżne kanaliki śródkomórkowe, jakie opisywał B r o w i c z w komórkach wątrobnych. Jądra są dosyć duże, najczęściej owalne, o dość delikatnym zrębie chromatynowym, niezbyt silnie się barwiącym; wogóle nie różnią się jądra wiele od jąder dużych komórek tkanki łącznej. Jąder tych bywa czasem tylko kilka, 2, 3, do 5, w najmniejszych komórkach tego typu czasem tylko jedno; w większych komórkach zawiera się po kilkanaście, w największych po kilkadziesiąt, najrozmaiciej rozmieszczonych. W komórkach okrągławych i wielokątnych gromadzą się one bądźto w środku, bądź wieńcowato bliżej obwodu, jednak nie przy samym brzegu i bez jakiegoś szczególnego np. promienistego układu; w innych komórkach znajdują się 2 gromadki jąder w sąsiedztwie obu biegunów, w innych leżą sierpowato z boku, w jeszcze innych wreszcie są rozrzucone zupełnie nieregularnie. W komórkach wydłużonych są jądra rozdzielone niejednomiernie wzdłuż protoplazmy, bądźto tworząc jeden tylko niezbyt regularny szereg, bądź w niektórych częściach szeregu skupiając się po 2, 3 i więcej; w najwęższych i najdłuższych, jakby do ściany torbielka przylepionych komórkach, jest miejsce już tylko na jeden szereg przypłaszczonych jąder. Komórki wydłużone przypominają czasem swem wejrzeniem znane pokłady syncytyalne.

Nie dostrzegłem nigdzie w komórkach olbrzymich ani jakichkolwiek zjawisk, któreby można uważać za wskazówkę ich wyrodnienia lub obumierania, ani też wyraźnych figur podziałowych.

Jaki typ komórek olbrzymich przeważa w różnej wielkości torbielkach, orzec trudno; zdawało mi się jednak, że jeżeli znajdują się w większych torbielkach, to wtedy są przeważnie bardzo spłaszczone w postaci wązkich pasów wzdłuż ściany; natomiast w torbielkach mniejszych i niezupełnie okrągłych częściej, o ile mogłem ocenić, zdarzały się komórki bądź owalne lub wielokątne, bądź nawet okrągławe, ku światłu mniej lub więcej wysterczające. Odniosłem również wrażenie, że obecność lub brak i jakość wyściółki, złożonej z komórek olbrzymich, nie jest bez związku z budową ściany torbielka; mianowicie komórki te zdarzają się bodaj częściej w torbielkach o ścianie nieco zbitszej, a wtedy, im ściana zbitsza, tem znów zdaje się być ich stosunkowo więcej i więcej ku światłu wysterczających. Czy tak jednak bywa zawsze i stale, niepodobna dokładniej obliczyć.

Zauważyć należy, że komórki olbrzymie w tych torbielkach, w których je spotkać można, nie koniecznie wyścielają całą powierzchnię wewnętrzną; przeciwnie, stosunkowo częściej bywa tak, że tylko niektóre odcinki ściany są pokryte komórkami olbrzymiemi, inne są pokryte albo śródbłonkiem, albo też nie mają żadnej wyściółki, lub wreszcie w jednym i tym samym torbielku — ściany w różnych miejscach różnie się zachowują i to są pokryte komórkami olbrzymiemi, to śródbłonkiem, to znów niczem nie pokryte.

W takich torbielkach, gdzie to się zdarza, widzieć można nieraz inny jeszcze ciekawy szczegół: mianowicie w niektórych miejscach obwodu uchodzą do torbielka szczeliny, ciągnące się skośnie lub prostopadle do obwodu torbielka dość daleko w głąb sąsiedniej tkanki łącznej, między jej włókna, a wypełnione częściowo lub całkowicie komórkami olbrzymiemi różnej wielkości i kształtu, podobnemi do wyżej opisanych. Ze szczeliny takiej, która czasem bywa wysłaną wyraźnym śródbłonkiem, bądź przechodzącym dalej na ścianę torbielka, bądź gubiącym się przy ujściu szczeliny do torbielka,— która czasem zaś znów nie ma wyraźnej wyściółki, sterczą nieraz komórki olbrzymie ku światłu torbielka. Wygląda to tak, jakby się z owej szczeliny komórki olbrzymie do torbielka przelać zamierzały.

Starałem się wreszcie określić dokładniej stosunek spotykanych na ścianach torbielków i szczelin komórek śródbłonkowych do komórek olbrzymich. Otóż, o ileby z obrazów pośrednich sądzić można, zdawałoby się, że komórki olbrzymie tworzą się przynajmniej w pewnej części z komórek śródbłonkowych. Niezbyt trudno bowiem odszukać komórki śródbłonkowe powiększone, jakby napęczniałe, ku światłu silniej wysterczające, z powiększonem jądrem;, dalej komórki jeszcze większe, do tamtych podobne, ale z dwoma lub trzema jądrami i obfitszą, jednolitą protoplazmą, od których do najmniejszych okazów komórek olbrzymich wielojądrzastych znów krok tylko jeden. Ale nie zauważyłem w takich zmienionych komórkach śródbłonkowych ani wyraźnych dowodów podziału jądra, ani jakichkolwiek wskazówek zlewania się dwóch komórek we wspólne ciało protoplazmatyczne, co wyraźnie dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam.

W torbielkach okrągławych i nieregularnych szczelinach niema w samem wnętrzu żadnej treści; zaledwo w niektórych — blizko ściany, wysłanej komórkami lub niewysłanej niczem, zdarza się czasem odrobina drobnych, bezpostaciowych grudek, barwiących się barwikami protoplazmatycznemi, a niebarwiących się, co wyraźnie zaznaczam, żadnym z tych sposobów, którymi barwią się bakterye. Czy grudki te rozpuszczają się w jakich odczynnikach, nie mogłem już niestety stwierdzić na preparatach ustalonych; po działaniu formaliny i alkoholu zachowały się, przypominając najwięcej grudki, powstające z rozpadu komórek.

Wyjątek co do treści stanowią torbielki, wycięte za życia, w niektórych bowiem, już przy badaniu gołem okiem mających zabarwienie sinawe lub czerwonawe, zawiera się we wnętrzu krew, która się tu widocznie z pękniętych naczyń ściany (może pod wpływem urazu przy wycinaniu) wylała; komórki olbrzymie, znajdujące się niekiedy w takich torbielkach, są od ściany oddzielone czasem przez warstwę krwinek czerwonych, lub leżą luźno wśród nich, ku środkowi torbielka odsunięte. Takie komórki barwią się zupełnie prawidłowo, widocznie niezbyt dawno oddzielone zostały przez krew od ściany torbielka, skoro nie ma w nich żadnych śladów obumierania.

Z kolei wspomnieć należy o treści wązkich, ale dość krótkich, na końcach zaokrąglonych luk, w których niewiele było przestrzeni próżnej, a które przeważnie otacza współśrodkowo gruba ściana włóknista. Otóż i w tych lukach tkwią komórki olbrzymie, nie różniące się od komórek olbrzymich, wyżej opisanych, jak tylko kształtem; mianowicie nie ma tutaj nigdy komórek znacznie wydłużonych i spłaszczonych, lecz same komórki okrągławe, owalne, lub wielokątne. Komórki te znajdują się w lukach takich zawsze i zajmują znaczną część luki. Często obok komórek olbrzymich znajdują się w takiej luce w różnej liczbie komórki mniejsze, różnokształtne, podobne do komórek nabłonkowatych gruzełka i do fibroblastów, których wielkości nie przechodzą. Komórki te łączą się między sobą i z podobnemi komórkami, leżącemi już w ścianie luki, w rozmaity sposób zapomocą wypustek; między niemi przestrzenie częścią próżne, częścią pojawia się w nich włóknista substancya międzykomórkowa. W całości wygląda taka część luki, w której znajdują się te komórki, jakby wypełniała się młodą, komórkową tkanką łączną, bujającą ze ściany luki ku wnętrzu. W innych miejscach można stwierdzić dalszy postęp tego zarastania luki; mianowicie we wnętrzu grubego pierścienia włóknistego nie ma już próżnej przestrzeni, tylko ognisko komórkowe, złożone z elementów takich, jak właśnie opisane, wśród których trafia się czasem jeszcze komórka olbrzymia; takie ognisko komórkowe ma jeszcze nieraz owalny kształt dawniejszej luki. W jeszcze innych miejscach coraz mniej znajduje się komórek we wnętrzu włóknistego pierścienia, ognisko ich redukuje się do wązkiego pasma, w którem coraz więcej substancyi międzykomórkowej (*rys. 4. 5.*); wreszcie i to pasmo znika i wtedy pozostaje już tylko owalne lub okrągławe, częścią współśrodkowo, częścią promienisto zbudowane ognisko bardzo zbitej tkanki, nie różniące się niczem od tych obrazów, jakie spotkaliśmy w obrębie smugowatych zgrubień otrzewnej na tych częściach jelita, gdzie nie ma ani śladu torbielków gazonośnych.

W sąsiedztwie torbielków zauważyć można zawsze liczne naczynia krwionośne; w wielu miejscach są one wypełnione krwią, jeżeli jednak torbielek lub mniejsza zarastająca luka mają zbitszą i grubszą ścianę włóknistą, wówczas naczynia krwionośne w sąsiedztwie torbielka zazwyczaj są zapadnięte, zawierają mało krwinek, a w obrębie samej włóknistej ściany jest naczyń bardzo mało i to tem mniej, im ona jest zbitsza.

Naczynia limfatyczne są gdzieniegdzie rozszerzone, zawierając obfitsze ciałka białe; wysłane śródbłonkiem szczeliny, uchodzące do niektórych torbielków, wypełnione są często, jak wspomniałem, komórkami olbrzymiemi. W tych częściach jelita, gdzie gołem okiem zauważyć było można naloty włóknikowe na otrzewnej lub gdzie były zlepy z sąsiedztwem, zauważyć można w zewnętrznej, silniej komórkami naciekłej warstwie jelita rozszerzone i zapełnione leukocytami wielojądrzastymi naczynia krwionośne i limfatyczne, otoczone najczęściej płaszczem nacieku zapalnego; gdzieniegdzie w naczyniach tych są skrzepy włóknikowe, widoczne także, ale nie obfite, na sąsiedniej powierzchni otrzewnej; jednem słowem w miejscach tych istnieją wyraźne oznaki sprawy zapalnej, których gdzieindziej, nawet w miejscach, znacznie torbielowato zmienionych, nie ma.

Dla uzupełnienia obrazu przytaczam, że błona śluzowa w powierzchownych częściach warstwy gruczołowej nie barwi się barwikami jądrowymi, prawdopodobnie wskutek rozpoczynających się zmian pośmiertnych, gdyż zresztą w warstwie gruczołowej nie widać poważniejszych zmian. Ograniczonych ubytków, pęknięć, czy owrzodzeń błony śluzowej nie zdołałem odszukać. Grudki chłonne, z wyjątkiem tych niewielu, w których środku była przestrzeń próżna, otoczona

jakby rozrzedzoną tkanką grudki, nie są zresztą zmienione; również komórki mięsne, tworzące tak zw. warstwę mięsną błony śluzowej (*muscularis mucosae*) wyglądają prawidłowo; jedynie w ich sąsiedztwie, szczególnie w tych częściach jelita, w których błona podśluzowa zawiera torbielki gazonośne lub luki z komórkami olbrzymiemi, spotyka się niewielkie wiotkie nacieki, złożone z komórek drobnych, okrągłych.

Warstwa podśluzowa jest w miejscach, zajętych przez torbielki gazonośne, lub przez szczeliny z komórkami olbrzymiemi, albo przez włókniste ogniska, pozostałe po tych szczelinach, — znacznie zgrubiałą i to nietylko wskutek obecności grubych włóknistych ścian naokoło torbielka lub luki, ale i od tego niezależnie. Utkanie tych zgrubiałych miejsc podśluzowej jest włókniste, ale wiotsze i luźniejsze, niż owych grubych włóknistych ścian torbielków i szczelin tak, że zewnętrzna granica ściany dość ostro się zarysowuje. Podobnie znacznie zgrubiałą jest warstwa podsurowicza w tych miejscach, gdzie leżą w niej pojedyncze torbielki, luki mniejsze, otoczone włóknistą ścianą, lub wspomniane okrągławe włókniste ogniska; o niej trzebaby „mutatis mutandis“ powtórzyć to, co powiedziało się o warstwie podśluzowej. Jeżeli jednak warstwy zewnętrzne jelita zajęte są liczniejszymi, gromadnie leżącymi torbielkami, wówczas tkanka ich zredukowana jest tylko do wązkich włóknistych przegródek między torbielkami, a ani od zewnątrz t. j. od wolnej powierzchni, ani ku wewnątrz, t j. od warstw mięsnych jelita, nie oddziela torbielków żaden grubszy pokład tkanki. W warstwach mięsnych prócz tego, że czasem częścią swego obwodu tkwi w nich torbielek podsurowiczy, nic szczególnego nie znalazłem. Wśród rozdzielających je pasem tkanki łącznej można jednak spotkać szczeliny, zawierające komórki olbrzymie, podobne do już opisanych.

Ze względu na sposób powstawania i rozwój torbielków zdawało mi się wreszcie pożyteczną rzeczą, zbadać dokładniej stan tkanki elastycznej w ścianie jelita, szczególniej zaś stan wspominanej dokładniej dopiero w nowszych czasach, ciągłej warstwy włókien elastycznych, biegnącej pod warstwą surowiczą równolegle do jej powierzchni. Warstwa ta, przy małych powiększeniach wyglądająca w preparacie, jak ostro zarysowana linia, nie łącząca się ze zrębem elastycznym, wplecionym w warstwę mięsną, leży na zewnątrz od większych naczyń podsurowiczych i składa się z włókien dość grubych, niezmiernie gęsto koło siebie leżących. Otóż przekonałem się, że ta elastyczna warstwa ulega bardzo poważnym zmianom, jeżeli pęcherzyki gazonośne znajdują się w zewnętrznych warstwach jelita. W tych miejscach, gdzie pęcherzyki leżą gromadnie, warstwy tej bardzo często na właściwem miejscu nie widać; czasem nie można jej zupełnie odszukać, czasem zaś odcinki jej dość długie odnajdują się w przegrodach między pęcherzykami, i to nietylko w tych przegrodach, które biegną równolegle do powierzchni jelita, ale i w tych, które stoją do niej prostopadle lub ukośnie, oddzielając dwa sąsiednie, w tejsamej wysokości przy piętrowym układzie leżące pęcherzyki. Niekiedy zaś widać wprawdzie warstwę elastyczną na właściwem miejscu, jednakże poza nią ku zewnątrz leżą pęcherzyki, a w niej samej są liczne drobne luki, włókna nie leżą już tak regularnym szeregiem, przy małem zaś powiększeniu warstwa wygląda jakby rozrzedzona i ścieńczała. Na zewnątrz od ostatniego, t. j. pod błoną surowiczą jelita leżącego szeregu gromadnie, a piętrowo ustawionych pęcherzyków nie widać prawie nigdy elementów elastycznych na większej przestrzeni; zaledwo zrzadka można spotkać drobne ich szczątki. Jeszcze lepiej można widzieć zmiany tej warstwy elastycznej w tych miejscach, gdzie w podsurowiczej warstwie jelita leżą tylko pojedyncze pęcherzyki gazonośne obok luk z komórkami olbrzymiemi, otoczonych ścianką włóknistą, tudzież okrągławych ognisk włóknistych. W takich miejscach bardzo często widać w warstwie elastycznej większą przerwę w tem właśnie miejscu, gdzie bardziej ku zewnątrz w zgrubiałej warstwie podsurowiczej znajduje się większy pęcherzyk gazonośny; szerokość tej przerwy bywa nieraz niewiele mniejszą od średnicy pęcherzyka. (*Rys.*). Podobne, ale mniejsze przerwy, bywają, chociaż nie stale, i w tych miejscach, gdzie na zewnątrz od nich leży grubą włóknistą swą ścianą odznaczająca się luka z komórkami olbrzymiemi; częściej jednak widać wtedy już nie większe przerwy, ale nieregularne rozrzedzenie warstwy elastycznej, przyczem gdzieniegdzie zależy ono wprawdzie od przekraczających tę warstwę i dążących ku zewnątrz naczyń, gdzieindziej znów jednakże nie można dostrzedz żadnych naczyń i przerwy w warstwie elastycznej są od nich zgoła niezależne. Czasem, choć najrzadziej, odszukać można przerwę warstwy elastycznej w takiem miejscu, w którem na zewnątrz od niej znajduje się okrągławe ognisko włókniste. W preparatach z najwyższych pętli jelita, w których zgrubienia warstwy zewnętrznej jelita zajmują wprawdzie ograniczoną przestrzeń, ale nie zależą od ostro odcinających się guzków włóknistych, tylko w otoczenie bez wyraźnej granicy przechodzą, można wprawdzie dostrzedz niekiedy jakby rozrzedzenie warstwy elastycznej, przeważnie jednak jest ona tutaj już jednolitą i nieprzerwaną.

O wynikach badania histologicznego torbielków śledziony wspomnę tutaj tylko mimochodem, ponieważ okazało się, że torbielki te były zupełnie innego rodzaju. Jak to już widać było gołem okiem, torbielki te nie zawierały wcale gazu, lecz wszystkie bez wyjątku wypełnione były cieczą, ściętą w preparatach pod wpływem środków ustalających w jednolitą, słabo eozyną barwiącą się, przeźroczystą masę; w cieczy tej znajdowały się gdzieniegdzie bardzo nieliczne leukocyty i limfocyty. Ściana torbielków w śledzionie była wszędzie wysłana jednostajnym, prawidłowym śródbłonkiem, zbudowana z tkanki łącznej. Torbielki te, nigdzie nie łączące się ze sobą, wyglądały wogóle, jak torbielki limfatyczne.

W innych narządach ustroju nie znalazłem nigdzie ani pęcherzyków gazonośnych, ani też torbielków limfatycznych.

W końcu pozostaje mi jeszcze podać wynik poszukiwania bakteryi w tkankach. Otóż wszystkimi sposobami, których używałem, barwiły się bakterye w powierzchownych, już zmianom pośmiertnym ulegających częściach błony śluzowej; w głębszej części warstwy gruczołowej widywałem bakterye we wnętrzu gruczołów, a także pomiędzy wyściółką nabłonkową gruczołu, a ścianą, w tych gruczołach, gdzie wyściółka od ściany w całości nieco odstawała. W międzygruczołowej tkance bakteryi mimo starannego badania nie dostrzegłem; nie znalazłem ich też nigdzie w warstwie podśluzowej, mięsnej, ani surowiczej i to bez względu na to, jakim zmianom one uległy. W pęcherzykach gazonośnych, gdziekolwiek i w jakiejkolwiek liczbie się znajdowały, nie-

było nigdzie ani śladu bakteryj, również nie było ich w lukach i szczelinach z komórkami olbrzymiemi, ani w naczyniach. Zresztą nawet znalezione bakterye nie leżały jednostajnie we wszystkich częściach badanych preparatów, lecz tylko w pewnych ich miejscach (jak wspomniałem, tylko w powierzchownych częściach warstwy gruczołowej), zupełnie niezależnie od tego, czy i jakie były zmiany histologiczne w odpowiedniem miejscu. W bardzo przeważnej części preparatów nie było zresztą wcale bakteryi. Bakterye bywały rozmaitego kształtu i wielkości, niektóre barwiły się, inne odbarwiały sposobem Grama; najwięcej jednak było prątków, postacią przypominających prątka okrężnicy. Hodowli nie zakładałem; zresztą kawałeczki tkanki, wycięte za życia, włożone zostały zaraz do wyskoku, przy sekcyi zaś zwłok niezupełnie świeżych i to po dokonanej operacyi nie możnaby polegać na wynikach badania zarówno ze względu na szybkość przenikania po śmierci bakteryi w tkanki, szczególniej w jelitach, jak i na to, że na błonę surowiczą bakterye za życia już przypadkowo (w czasie laparotomii) dostać się mogły.

Brak ten pragnąłem uzupełnić zresztą badaniami sprawy pokrewnej, wyczytawszy wzmiankę, że bardzo podobne zmiany jelit zdarzają się dość często u nierogacizny. W tym celu zwróciłem się do Dyrektora rzeźni miejskiej, lek. wet. p. Pappéego, któremu zawdzięczam oprócz cennych wskazówek, dotyczących piśmiennictwa weterynarskiego o zajmującej nas sprawie, także stanowczą wiadomość, że w naszym kraju bywa ona u zwierząt bardzo rzadką. W 3-ch ostatnich latach, w których w krakowskiej rzeźni bito rocznie 30.000 sztuk świń, a więc wśród okrągło 100.000 sztuk nie spostrzeżono ani jednego przypadku, tak że nawet troskliwie przez p. Pappéego gromadzony zbiór anatomicznopatologiczny ani jednego okazu tej zmiany nie posiada. Wobec tego nie mogłem podjąć badań na świeżym i niepodejrzanym materyale zwierzęcym, badań tem pożądańszych, skoro niezmierna rzadkość odmy pęcherzykowej jelit u ludzi nie pozwala się spodziewać prędko drugiego podobnego spostrzeżenia. Niemniej brak ten, jak się przekonamy, nie jest wielkiej wagi, wobec licznych badań, podejmowanych już na zwierzętach w Niemczech, a dających wszelkie rękojmie ścisłości.

Również nie zostało dokonane badanie chemiczne gazów, zawartych w pęcherzykach; jak jednak postaram się wykazać, miałoby ono wtedy wartość, gdyby można je podjąć z najskrupulatniejszą ścisłością za życia lub natychmiast po śmierci, a w wykonalność takich badań niełatwo uwierzyć*).

(Ciąg dalszy nastąpi).

* Rysunki odnoszące się do powyższego artykułu umieszczone zostaną w numerze następnym.

II. **Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego i zakładu higieny prof. Bujwida w Krakowie.**

Przyczynek do etyologii nieżytu pęcherza u dzieci.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i **Dr. Roman Nitsch**

asystent kliniki chorób dzieci — asystent zakładu higieny.

Ścisłe spostrzeżenia kliniczne, dotyczące nieżytu pęcherza u dzieci, sięgają niezbyt dawnych czasów. Uderzającem jest, jak skąpe i nieliczne wzmianki w tym kierunku znajdują się w dawnem piśmiennictwie pedyatrycznem i materyałach statystycznych. I tak np. Bókai[1]) przytacza, że w 27 sprawozdaniach rocznych z 10 zakładów leczniczych dla dzieci w Austryi, Szwajcaryi i Niemczech zaledwie trzy razy spotkał rozpoznanie „cystitis", 4 razy „Blasenkatarrh", a raz „pericystitis". Doświadczeni badacze, rozporządzający ogromnym materyałem klinicznym przyznają, że nie mieli sposobności spotkać się z nieżytem pęcherza u dziecka: tak np. wyrażają się Rilliet i Barthez w swoim podręczniku chorób dzieci, tożsamo Jordan[2]) i inni[3].

Dziś wiemy, że niemal wszystkie czynniki chorobotwórcze, powodujące nieżyt pęcherza u dorosłych, mogą, jakkolwiek bezwątpienia rzadziej, stać się przyczyną cierpienia tego narządu u dzieci. Dziewczęta częściej podlegają tej chorobie, niż chłopcy, gdyż mechanizm zakażenia jest u nich łatwiejszy, a sposobność częstsza (cewka moczowa krótsza i szersza, obecność drobnoustrojów w pochwie, łatwość zanieczyszczenia kałem itd.); z tychsamych powodów znaczniejszy odsetek nieżytów pęcherza przypadnie na dzieci w pierwszych latach życia (*colicystitis*). Najrzadziej spotykamy się z nieżytem pęcherza u chłopców po wyjściu z pierwszego dzieciństwa, zwłaszcza jeżeli wyłączymy następowe zmiany ścian pęcherza, towarzyszące zwykle kamicy pęcherzowej.

Przyczyną nieżytu pęcherza są w przeważnej liczbie przypadków bakterye, jakkolwiek sama ich obecność nie wystarcza zwykle do wywołania sprawy zapalnej. Kraus[4]) na podstawie licznych badań stwierdził, że nietylko w zapaleniach pęcherza, lecz i w przebiegu wielu chorób zakaźnych i innych stanach chorobowych mogą znajdować się bakterye w pęcherzu. Bakterye te (głównie gronkowce, paciorkowce i prątek okrężnicy) nie wywołują w tych warunkach żadnych objawów ze strony pęcherza. Clado, Guyon (1889), Rovsing (1890), Huber (1893) i inni przeprowadzili liczne doświadczenia, w których nie udało się przez samo wprowadzenie różnych drobnoustrojów do pęcherza wywołać u zwierząt zapalenia. Do nieżytu pęcherza przychodzi dopiero wtedy, jeżeli pęcherz podlega równocześnie innym szkodliwym wpływom, z których najczęstsze są uraz i zatrzymanie moczu. Naodwrót, sam uraz lub zatrzymanie moczu nie mogą bez współudziału drobnoustrojów wywołać zapalenia. Zdaje się, że jedynie *bac. proteus* może samoistnie wywołać nieżyt pęcherza, albowiem rozkłada mocz tak szybko, że czas pomiędzy jednem a drugiem moczeniem wystarcza do uszkodzenia ścian pęcherza[5]). Tak zwany *urobacillus liquefaciens septicus*, opisywany przez Krogiusa i Schnitzlera, jest według nowszych badań identyczny z *bacillus proteus Hauser*. (W jednym z przypadków pęcherza na tle kamicy pęcherzowej wyhodowaliśmy jednak w czystej hodowli prątek, odpowiadający zupełnie cechom, podanym przez Krogiusa i Schnitzlera dla *urobacillus liquefaciens septicus*, a różniący się nieco od typo-

[1]) Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. IV, 3 (1878).

[2]) Oesterr. Jahresberichte für Pädiatrie 1873, I. Str. 111.

[3]) Przytoczeni u Eichhorsta: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. II. wydanie. 1885.

[4]) Wiener klinische Wochenschrift 1895.

[5]) Wreden (1894) wkładał do odbytnicy tampony, napojone proteusem, skaleczywszy poprzednio błonę śluzową tej kiszki. Regularnie rozwijało się zapalenie pęcherza na tle proteusa (bez podwiązania cewki moczowej). Schnitzler i Krogius przez samo wprowadzanie proteusa do pęcherza wywoływali zawsze u zwierząt nieżyt pęcherza.

wego *bacillus proteus Hauser*. Prątek ten odbarwiał się metodą Grama, w żelatynowej i agarowej kłutej hodowli wytwarzał bardzo delikatne wypustki prostopadłe do przewodu wkłucia, na agarze zaszczepiany w jednej rysie, pokrywał bujnym nalotem całą powierzchnię w przeciągu 24 godzin i nie ścinał mleka, tylko je peptonizował).

Drobnoustroje, wywołujące nieżyt pęcherza, znajdują się w moczu zwykle w czystej hodowli. Najczęściej jest to *bacterium coli*. Pierwszy Escherich (1894), potem Trumpp, Pfaundler, Finkelstein i wielu innych stwierdzili ważną rolę, jaką prątek ten odgrywa w etyologii nieżytu pęcherza u dzieci. Na 60 przypadków spostrzeganych w klinice Eschericha, w 58 znaleziono laseczkę okrężnicy w czystej hodowli lub z innymi drobnoustrojami. Przypadki te dotyczą prawie wyłącznie dziewcząt w pierwszych latach życia.

Nieżyt pęcherza u dzieci na tle innych drobnoustrojów spostrzegany był nierównie rzadziej; Monti [6]) wymienia paciorkowce i prątki duru, błonicy i gruźlicy.

Cztery przypadki, jakie mieliśmy sposobność spostrzegać w ubiegłych miesiącach, dotyczą przewlekłego nieżytu pęcherza, połączonego z głębszemi zmianami anatomicznemi u chłopców w wieku od lat czterech do dwunastu. Jak wspomnieliśmy, nieżyt pęcherza u chłopców w tym okresie wieku należy do cierpień rzadkich; z tego względu, jak również dla pewnych szczegółów klinicznych i bakteryologicznych, uważamy za usprawiedliwione ogłoszenie tych przypadków.

Przypadek I. *L. N.*, chłopiec dwunastoletni, miał cierpieć przed rozpoczęciem obecnej choroby na nocne moczenie mimowolne. Dla zapobieżenia temu kilkakrotnie, jak podaje, przewiązywał na noc prącie tasiemką, jednakże bez skutku. Mniejwięcej przed dwoma miesiącami przy przełażeniu płotu uderzył się w okolicę międzykrocza. W dwa tygodnie później, przeskakując rów, uczuł ból w podbrzuszu; tego samego dnia w moczu pojawiła się krew. Od tego czasu doznaje parcia na mocz i bólu przy moczeniu. Krew pojawia się, jednak niestale. Strumień moczu bywa przerywany. Badanie fizyczne nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, chłopiec dobrze zbudowany i odżywiony. Kilkakrotne badanie zgłębnikiem (Doc. Dr. Rutkowski) w kierunku kamienia wypadło ujemnie, natomiast stwierdziło znaczne nierówności i zgrubienia ścian pęcherza. Badanie zgłębnikiem bardzo bolesne.

Badanie moczu w dniu przybycia do szpitala (20. V. 1903) wykazało oddziaływanie alkaliczne, białka 1.2$^0/_{00}$, w osadzie bardzo liczne ciałka ropne i ciałka krwi czerwone, o dobrze zachowanych obrysach. Poszukiwanie prątków gruźliczych dało wynik ujemny. W preparacie barwionym z osadu (mocz wzięto jałowo cewnikiem) dość liczne ziarniaki, ułożone czasem pojedynczo lub w dwójkach, przeważnie jednak w skupieniach, po kilka do dwudziestu i więcej osobników. Wielkość ich była różna, w środku często wyraźna przedziałka, zabarwienie przeważnie żywe. Metodą Grama się nie odbarwiają. Przy kilkakrotnem badaniu moczu na licznych preparatach nie znaleziono oprócz opisanych ziarniaków żadnych innych drobnoustrojów. Chłopiec poprzednio nigdy zgłębnikiem badany nie był.

Kilkakrotnie szczepiono osad z moczu na pożywkach. Za każdym razem wyrastał jeden tylko gatunek drobnoustrojów, identyczny z wyżej opisanym ziarniakiem.

Nie będziemy opisywali szczegółowo wzrostu na pożywkach i t. d., nadmienimy tylko, że ziarniak ten przedstawiał wiele podobieństwa do gronkowców, okazując jednak przytem różnice dość wybitne. I tak: żelatynę rozpuszczał bardzo powoli; po 6—12 dniach znać było dopiero początek rozrzedzenia, a po 5 tygodniach wytworzyło się zaledwo pończochowate rozrzedzenie, przypominające zupełnie kilkodniową kłutą hodowlę gronkowca. Mleko ścinał również powoli [7]): w termostacie zaledwie po 7—12 dniach; skrzep bywał czasem wiotki, czasem zbity. Na agarze występował stale kremowo-żółty barwik; barwy złocistej lub żółtej, właściwej gronkowcom, nigdy nie zauważono. Na bulionie nie otrzymano nigdy jednostajnego silnego zmącenia, jak zwyczajnie u gronkowców, ale od powierzchni do dna nieznacznie tylko zmętniałego bulionu zwieszała się smuga postrzępiona, podobna do pajęczyny. W kropli wiszącej, badanej z różnych pożywek, widziano liczne czworaczki *(tetragenes)*, dwoinki i pojedyncze koki, przeważnie o bardzo żywych ruchach drobinowych. Pakietów czworniaków (*sarcina*) nie zauważono nigdy, ani na bulionie zwyczajnym, ani na wyciągu z traw. W preparatach barwionych z hodowli badany ziarniak był stale przeciętnie nieco większy od zwyczajnych gronkowców i nieokazywał niezabarwionej podziałki w środku, tak zwyczajnej u gronkowców i którą w preparatach z osadu moczowego widzieliśmy u tegoż samego ziarniaka wielokrotnie.

Doświadczenia na zwierzętach pozostały bez skutku: królik, któremu wszczepiono do żyły 1 ctm.^{3} hodowli 24 godz. bulionowej, pozostał zupełnie zdrowym (spostrzeżenie 21-dniowe). Biała myszka, której wszczepiono do otrzewnej $^1/_5$ ctm.^{3} tej samej hodowli, również zupełnie zdrowa (spostrzeżenie j. w.). Szczepienie podskórne osadu z moczu śwince morskiej i myszce burej i białej nie wywołało prawie żadnego odczynu; podobnie zaszczepienie podskórne białej myszce znacznej ilości hodowli agarowej pozostało bez wyniku.

Przebieg kliniczny był jednostajny. Spokój, dyeta przeważnie mleczna i wewnętrzne podawanie urotropiny spowodowały znaczne zmniejszenie ilości białka (0.2$^0/_{00}$) i złagodzenie dolegliwości podmiotowych. Leczenia miejscowego nie przeprowadzono, gdyż chory na żądanie rodziny opuścił klinikę dnia 1 VII 1903.

W 3 miesiące później chłopiec zgłosił się znowu. Jedyną dolegliwością, na którą się użalał, była konieczność częstego oddawania moczu tak w dzień, jak i w nocy.

Badanie bakteryologiczne osadu moczu wykazało obraz podobny jak poprzednio, z tą różnicą, że ziarniaków było znacznie mniej. Osad zaszczepiono na pożywkach. Na agarze w termostacie po 24 godzinach nic nie zauważono; dopiero po 48 godz. wyrosło około 20 kolonii kremowo-żółtych. W ciepłocie pokojowej otrzymano dopiero po kilku dniach 15 kolonii, z których kilka było białych, reszta zaś kremowych. Założono osobne hodowle z białych, osobne z kremowych. Hodowle z kolonii białych rosły pierwsze dwa dni biało, potem zaczął się wytwarzać wyraźny barwik kremo-

[6]) Monti: Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 1903.

[7]) Własności te gronkowca są wogóle bardzo zmienne: I tak w przypadku ropnego wysięku opłucnowego z następową ropnicą (stwierdzoną na stole sekcyjnym) gronkowiec, wyhodowany przez nas z ropy opłucnowej, rozpuszczał żelatynę bardzo pomału i nie ścinał wcale mleka; u tego samego chorego wykonano z powodu objawów mózgowych nakłucie lędźwiowe, a z otrzymanego płynu wyhodowaliśmy gronkowca, który żelatynę już trzeciego dnia wyraźnie rozrzedzał i ścinał mleko w termostacie po trzech dniach.

wy; hodowle z kolonii kremowych były od początku kremowo-żółte.

Badanie na aglutynacyę wyhodowanych ziarniaków z surowicą krwi chorego dało nam po pół godzinie ślad aglutynacyi w rozcieńczeniu 1:15; po 6 godz. ślad 1:60; po 20 godzinach wyraźną aglutynacyę 1:40. Równocześnie zbadano aglutynacyę typowego gronkowca z tąsamą surowicą. Otrzymano po pół godz. ślad aglutynacyi 1:4, po 20 godzinach ślad aglutynacyi w rozcieńczeniu 1:20.

Przypadek ten jest zatem klasycznym obrazem powstania nieżytu pęcherza na tle drobnoustrojów pod wpływem urazu. Co do rozpoznania bakteryologicznego, to wyżej opisany ziarniak należy najprawdopodobniej do gronkowców, jakkolwiek od gronkowca ropotwórczego różni się niektóremi, wyżej wspomnianymi szczegółami hodowli i zupełnym brakiem jadowitości dla zwierząt. Być może, że mieliśmy do czynienia z jakimś saprofitem, żyjącym w przewodzie pokarmowym, który przedostał się do pęcherza (przez ściany?), pod wpływem urazu wywołał nieżyt błony śluzowej pęcherza i stał się przyczyną postaci chorobowej o ciężkim i przewlekłym przebiegu. Na pozór ciężki ten przebieg (długotrwałe ropienie, krwotoki, bóle i t. d.) stoi w sprzeczności z brakiem jakiejkolwiek jadowitości dla zwierząt u wyżej opisanego ziarniaka; wiadomo jednak, że nawet niewinne zupełnie saprofity mogą stać się w pewnych warunkach przyczyną ropnego zapalenia pęcherza [8]).

W następnych trzech przypadkach przyczyną nieżytu pęcherza był prątek gruźliczy, coby dowodziło, że w etyologii nieżytu pęcherza u dzieci gruźlica zajmuje nie ostatnie miejsce. Naturę gruźliczą cierpienia stwierdziliśmy na preparatach, jak również doświadczeniem na zwierzętach. Bezpośrednią przyczynę i drogę zakażenia można było z wielkiem prawdopodobieństwem wykazać w dwóch przypadkach; w jednym znaleźliśmy starą przetokę gruźliczą przyjądrza, w drugim rozpoznano gruźlicę nerki. Zmiany gruźlicze w nerkach lub męzkich narządach płciowych stanowią najczęstszy czynnik przyczynowy w gruźlicy pęcherza u dorosłych (Kümmel); pod tym względem zatem znajdujemy w naszym materyale analogiczne stosunki. W przypadku trzecim (II) gruźlica pęcherza była klinicznie zupełnie pierwotną; oprócz zmian w układzie gruczołowym, bardzo zresztą pospolitych w klienteli szpitalnej, chłopiec nie przedstawiał żadnych zboczeń.

Ogólny stan zdrowia i odżywienia był w przypadkach, niepowikłanych zmianami w płucach i nerkach, prawie zupełnie dobry; jedynie miejscowe objawy ze strony pęcherza skłoniły rodziców do szukania porady dla dziecka w szpitalu. Objawy te polegały na parciu na mocz, moczeniu częstem (niekiedy co kilka minut) i oddawaniu krwi z moczem. Krew nie pojawiała się stale; niekiedy razem z ostatniemi kroplami moczu odchodziły skrzepiki krwi. Moczenie bywało bolesne, jednakowoż nie było to stałym objawem.

Badanie zgłębnikiem (bardzo bolesne) wykazało we wszystkich przypadkach znaczne zgrubienia i nierówności ścian pęcherza. W przypadku II., w którym sprawa chorobowa toczyła się od kilku miesięcy, można było wyczuć zgłębnikiem jakby beleczki (*trabeculae*) wystające ponad powierzchnię ścian pęcherza. Uczucie oporu, jakie stąd powstaje, może dać powód do mylnego rozpoznania kamienia pęcherzowego. Miało to miejsce w naszym przypadku: chory został przysłany do szpitala celem operacyi z rozpoznaniem kamicy pęcherzowej, albowiem lekarz wybadać miał kamień wielkości orzecha włoskiego. Stąd w zupełności usprawiedliwioną jest wskazówka Eichhorsta, aby w każdym niejasnym przypadku przewlekłego nieżytu pęcherza u dziecka myśleć o możliwości gruźlicy i badać mocz w tym kierunku.

Badanie to było w naszych przypadkach bardzo łatwe. Po scentryfugowaniu moczu (wziętego o ile można cewnikiem lub wprost do czystego naczynia) znaleziono w ropnym osadzie prątki w bardzo znacznej ilości. Na preparatach zabarwionych sposobem Ziehl-Neelsena, widzieliśmy je co kilka pól widzenia, bądźto pojedynczo, bądź też w zbitych skupieniach, zawierających po kilkanaście lub kilkadziesiąt prątków. Niekiedy spotykaliśmy ciałka ropne, zawierające prątki gruźlicze. Tę obfitość prątków i to ich ugrupowanie stwierdziliśmy we wszystkich przypadkach i przy każdorazowem badaniu moczu. Dla zupełnej pewności, że mamy do czynienia istotnie z prątkami gruźliczymi, a nie saprofitami, zachowującymi się podobnie względem barwików (*bacillus smegmae*), przeprowadziliśmy we wszystkich trzech przypadkach szczepienie świnek morskich, które za każdym razem wykazało nam gruźlicę.

Poza tem wyniki badania moczu nie wiele różniły się od zwykłych stosunków, spotykanych w przewlekłym nieżycie pęcherza: jedynie oddziaływanie moczu było we wszystkich 3 przypadkach słabo kwaśne[9]).

Poszczególne historye chorób przytoczymy jedynie w najkrótszym zarysie, gdyż chodziło nam głównie o podkreślenie czynnika etyologicznego. Przebieg kliniczny, niezmiernie przewlekły i jednostajny, nie różni się zresztą od stosunków, panujących u dorosłych. Zaznaczyć należy, że przez zastosowanie odpowiedniego leczenia, moglibyśmy w każdym z naszych przypadków osiągnąć w stosunkowo krótkim okresie czasu zmniejszenie ilości białka dość znaczne i złagodzenie podmiotowych objawów.

II) *R. Z.*, chłopiec 11-letni, przybył do kliniki dnia 18 lutego 1903 r. Chory od 4 miesięcy; pozostawał w klinice przez 3 tygodnie, poczem opuścił ją z polepszeniem. W miesiącu maju mieliśmy wiadomość listowną, że stan chorego jest mniejwięcej taki sam, bez wyraźnego pogorszenia. Szczegóły dotyczące badania zgłębnikiem przytoczyliśmy wyżej.

III) *S. K.*, chłopiec 4-letni, przybył dnia 22/IV 1903 r. Cierpi od miesiąca na moczenie częste, niebolesne, przy końcu moczenia mają odchodzić skrzepiki krwi. Oprócz starej przetoki gruźliczej przyjądrza wszystkie narządy zdrowe.

Spostrzeganie trwało dni siedm. Pod wpływem leczenia (spokój, dyeta, wewnętrznie tyokol i urotropina) ilość białka zmniejszyła się z 0·8‰ na 0·3‰. Mocz oddaje co kilka minut do łóżka. Odebrany na żądanie rodziny dnia 24/IV; dalszy przebieg nieznany.

IV. *T. S.*, chłopiec 11-letni, przybył dnia 13/V 1903 r. Chory od kilku miesięcy, doznaje ciągłego parcia na mocz, bólów w okolicy nerki prawej i niekiedy w nocy dotkliwych bólów w międzykroczu. Mo-

[8]) Melchior: »Cystitis und Urininfection«. 1897.

[9]) W poglądach na sprawę oddziaływania moczu w gruźlicy pęcherza panowało do niedawna zamieszanie. Rovsing jeszcze przed 10 laty przypuszczał, że każdy nieżyt pęcherza z kwaśnym moczem zależy od bakteryi gruźliczych. Teraz wiadomo, że różne inne bakterye mogą wywołać nieżyt pęcherza z moczem kwaśnym (gonokoki, paciorkowce, gronkowce, prątek okrężnicy, duru), a z drugiej strony udowodniono niewątpliwie, że i w razie alkalicznego oddziaływania moczu może zapalenie być na tle gruźliczem; ale wtedy zawsze znajdą się w moczu inne jeszcze rozkładające mocznik bakterye.

czenie niebolesne, strumień moczu często przerywany. Badanie fizyczne wykazało naciek w szczycie prawym i bolesność nerki prawej. Budowa chłopca wątła, odżywienie podupadłe.

Spostrzeganie trwało 6 tygodni. Ilość białka zmniejszyła się z 1‰ na 0·3‰, chory ze znacznem polepszeniem opuścił klinikę. Przez następnych kilka miesięcy mieliśmy sposobność co pewien czas chłopca widywać; stan utrzymywał się mniejwięcej jednakowy. Przed niedawnym czasem chłopiec zaczął się skarżyć na coraz silniejsze bóle w okolicy nerki prawej i silnie gorączkować; stwierdziliśmy znaczne rozszerzenie nacieku płucnego; w końcu rozwinęła się ogólna gruźlica.

Kończąc wyrażamy na tem miejscu podziękowanie prof. Jakubowskiemu za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego, jakoteż prof. Bujwidowi, w którego zakładzie bakteryologiczna część badań wykonaną została.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Edward Bäumer. **Die Geschichte des Badewesens.** (Wrocław, 1903. J. U. Kern's Verlag. Str. VII—79 z 13 rycinami w tekście).

Z pierwotnego narzędzia walki ze złymi duchami stała się woda z biegiem czasu środkiem, służącym higienie ciała i tem, czem jest dzisiaj. Historyą jednego ze sposobów użycia wody, mianowicie historyą łaźni, zajmuje się autor książki, z której dziś zdajemy sprawę. W czterech częściach omawia on znaczenie łaźni u starożytnych, w wiekach średnich, na Wschodzie u Finnów, Rosyan i Japończyków i nareszcie za czasów nowożytnych. Z pośród narodów starożytnych przypisywali przedewszystkiem Indowie i Irańczycy kąpielom nietylko znaczenie czynnika, uprzyjemniającego życie przez oczyszczenie ciała, lecz także i działanie lecznicze. Czystość odgrywała wprawdzie u Egipcyan znaczną rolę, lecz nie doszła u nich do znaczenia, jakie przypisywały jej narody semickie i aryjskie. U narodów semickich Babilończyków i Asyryjczyków, którzy kąpielom rzecznym przypisywali wprost cuda pod względem leczniczym, miały one całkiem odrębne znaczenie. W odgrzebanych pałacach i świątyniach znajdujemy miejsca, gdzie były łaźnie, najprawdopodobniej przeznaczone do użytku przy obrzędach religijnych. Najwybitniejsze pod tym względem stanowisko zajmują Izraelici. Księgi Mojżeszowe i talmud określają bardzo ściśle pojęcie czystości, a przepisy, dotyczące nieczystych, są mniej więcej identyczne z przepisami Zoroastra. Nieczystym jest człowiek po wytrysku nasienia, po spółkowaniu, każdy trędowaty, dotykający się zwłok, a kobieta nadto jeszcze w czasie miesiączki i w połogu. Oczyścić się można obok ofiar zapomocą kąpieli. Przed przestąpieniem progu świątyni należy się również oczyścić wodą. Z sekt żydowskich najbardziej przestrzegali przepisów czystości Essejczycy, którzy się codziennie kąpali w zimnej wodzie. Wyjątkowe znaczenie miały kąpiele, zwane „Mikvoath“, przeznaczone dla kobiet po miesiączce; ten przepis stał się przyczyną, że gminy żydowskie budowały specyalne zakłady kąpielowe, a gdy w wieku XVIII i XIX zamiłowanie do kąpieli, wogóle bardzo podupadło, łaźnie żydowskie stanowiły w niektórych miastach czasem jedyny zakład kąpielowy.

Istota czystości, która u narodów wschodnich kładła za pierwszy warunek czystość ciała, przeobraża się u Greków w szersze pojęcie, mianowicie, że czystość ciała jest symbolem czystości ducha. Wychodząc z tego zapatrywania, kąpali się Grecy przed wstąpieniem do świątyni, przed wysłuchaniem wyroczni itd. i utrzymywali łaźnie w domach prywatnych. Upadek kąpieli greckich zaznacza się wzmożeniem się wpływu rzymskiego, czego następstwem było obniżenie znaczenia łaźni do rzędu miejsc, służących do potrzeb zmysłowych. Nigdzie jednak łaźnie publiczne i prywatne nie były tak rozpowszechnione, jak w państwie rzymskiem. Powszechnie znanym jest fakt, jak wcześnie i w jakim stopniu spaczony został właściwy cel term, z tego powodu na tę stronę życia rzymskiego nie będziemy tu zwracać uwagi. Wspomnimy jedynie, że na żaden cel nie czyniono w Rzymie tyle zapisów, ile na wybudowanie łaźni i ich bezpłatne używanie. Miarą, jak powszechnem było u Rzymian użycie łaźni, niechaj będzie ta okoliczność, że w samym Rzymie zużywano na ten cel dziennie 750 milionów litrów wody, podczas gdy Berlin potrzebuje dziennie 120 milionów litrów, wliczając już w to i tę ilość, jaka zużywa się na liczne przedsiębiorstwa przemysłowe. Gdy przeniesiono stolicę z Rzymu do Konstantynopola, przeniósł się tam i zwyczaj powszechnego używania łaźni i trwał aż do roku 410, kiedy Alaryk zburzył Konstantynopol, a z nim i wspaniałe termy.

W wiekach średnich do rozpowszechnienia kąpieli przyczynił się w niemałej części kościół. Wprawdzie przepisy niektórych klasztorów zabraniały kąpania się częstego, lecz z drugiej znowu strony bardzo rozpowszechniony zakon Benedyktynów uważał za szczególniejszą zasługę szerzenie zamiłowania do łaźni. Wcale nierzadką formą dobroczynności bywało czynienie zapisów na rzecz bezpłatnych łaźni. Zepsucie obyczajów i łatwa sposobność nabycia bardzo wówczas rozpowszechnionej kiły, najbardziej przyczyniły się do upadku znaczenia łaźni publicznej i to tak za czasów państwa rzymskiego, jak i w wiekach późniejszych.

Znaczny bardzo udział w rozpowszechnieniu czystości i łaźni należy przyznać Islamowi. Przed każdą z codziennych pięciu modlitw wierni myją twarz, ręce i stopy. Po spółkowaniu biorą kąpiel pełną, a dobre dzieło spełniają ci wierni, którzy umożliwiają biednym użycie łaźni. Dlatego wszystkie świątynie muzułmańskie mają studnie i urządzenia, przeznaczone do mycia się.

Inną była kąpiel u Finnów, którzy się pod tym względem stali pierwowzorem dla Rosyan. U nich szło głównie o t. zw. parówki, a były one tak bardzo rozpowszechnione, że nie istniał prawie dom, w którymby ich nie było. Łaźnie te stały pod szczególniejszą opieką prawa, a przestępstwa w nich popełniane karano szczególnie surowo. Zimą i latem kąpie się Fińczyk, a w zimie bezpośrednio po parowej kąpieli przy silnych nawet mrozach tarza się w śniegu, by w ten sposób zahartować skórę. Nigdzie jednak zwyczaj kąpania się nie jest tak rozpowszechniony, jak w Japonii. Najbardziej przemawiają za tem liczby, a z tych wynika, że w samem Tokio istnieje przeszło 300 publicznych łaźni, w których się codziennie kąpie przeszło 400.0000 osób.

W wieku XIX rozbudził Wiedeń ponownie zamiłowanie w zachodniej Europie, a zasługę zwrócenia uwagi powszechnej na znaczenie kąpieli dla ludu ma Anglia. W roku 1846 uchwalił parlament angielski ustawę, mocą której łaźnie publiczne, założone z funduszów, zbieranych pod formą podatku, obowiązane były zawarować $^2/_3$ wydawanych kąpieli dla klas robotniczych.

Jak z tego krótkiego sprawozdania wnosić można, książka Dra B. zawiera bardzo dużo faktów, które zasługują na bliższe z nimi zapoznanie się. Liczne ryciny przyczyniają się w znacznym stopniu do upiększenia wydania i do zrozumienia książki. *Dr. Lachs.*

IV. Wyciągi.

Peham: **Mięsak groniasty** (*das traubige Sarkom*) **szyjki macicy.** (*Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* Tom 18, zeszyt 2). Mięsaki groniaste, nielicznie dotychczas opisywane i w ostatnich dopiero latach dokładniej poznane, stanowią osobną grupę złośliwych nowotworów macicy, o charaktorystycznem wejrzeniu i cechujących objawach klinicznych. Ze względu na swą budowę histologiczną i obraz makroskopowy otrzymały one swoją wymienioną nazwę. Punktem ich wyjścia jest błona śluzowa szyjki, skąd zwisają w postaci licznych gron śluzakowatych do pochwy, czyniąc wrażenie zaśniadu groniastego. Cechą charakterystyczną tych nowotworów jest obecność w nich tkanek, których nigdy nie znajdujemy ani w ma-

cicy zarodkowej, ani już rozwiniętej, a mianowicie tkanki chrzęstnej i włókien mięśni prążkowanych. Objawy kliniczne polegają z początku na wzmożonej wydzielinie, później na występowaniu długotrwałych krwawień z części rodnych. Przyczynę i rozwój tych guzów rozmaicie tłómaczą: jedni uważają je za polipy śluzakowate zwyrodniałe; ponieważ jednak nie można było wykazać śluzowego odczynu, sądzą inni, że tu idzie o obrzęk tkanki łącznej; wreszcie przypisywano komórkom nowotworowym zdolność metaplazyi. Autor opisuje właśnie przypadek przez siebie spostrzegany, a dotyczący 19-letniej dziewczyny, u której z powodu krwawień wyjmowano już kilkakrotnie polipy: krwawienia jednak po kilkutygodniowych przerwach ciągle wracały; wyskrobano więc całą macicę, ale po trzech miesiącach chora znowu traciła krew, wskutek tego po roku trwania choroby zgłosiła się do kliniki. Tutaj usunięto zwisające ze szyjki polipowate wyrosła, zbadano jamę macicy i wyjęto z niej guzek wielkości migdałka, usadowiony tuż nad ujściem wewnętrznem. Odtąd w ciągu 7 miesięcy wyjmowano jej jeszcze 5 razy duże guzy przez pochwę, aż po 1½-letniem trwaniu choroby chora umarła wskutek blednicy i osłabienia. Przed śmiercią wystąpiły objawy mózgowe. Badanie drobnowidowe polipów wykazało utkanie mięsakowe złożone z rozmaitych postaci komórek młodej tkanki łącznej, rozszerzone i dobrze wypełnione naczynia krwionośne i chłonne i gruczoły wypełnione śluzem. Guzek wyjęty z jamy macicy składał się z luźnej tkanki ziarninowej, w której rozrzucone były wysepki chrzęstne, a w niektórych gronkach i włókna mięśni prążkowanych. Nadto znaleziono na tylnej ścianie miednicy przerzut o tej samej budowie jak i guz pierwotny. Rozpoznanie tych guzów jest możliwe tylko na podstawie wyniku badania drobnowidowego, tembardziej, że obraz kliniczny, szczególnie z początku, nie różni się niczem od zwykłych polipów szyjkowych. I w powyższym przypadku dopiero znalezienie wysepek chrzęstnych w tkance mięsakowej naprowadziło na istotę nowotworu. Rokowanie zależne jest od wczesnego rozpoznania. Dotychczas prawie wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią. Leczenie powinno być doszczętne i polegać na wyjęciu macicy wraz z tkanką otaczającą. Z tego też powodu przy rozpoznaniu polipów nie wystarcza ograniczyć się tylko do ich wyjęcia, ale należy je zbadać pod drobnowidem, szczególnie, jeżeli krwawienia nie ustają, polipów jest dużo i jeżeli po każdorazowem ich wyjęciu występują świeże. Tylko w ten sposób można zawczasu postawić prawdziwe rozpoznanie i chorej nieraz uratować życie. Dalej omawia autor stosunek tych nowotworów do mięsaków występujących w pochwie u młodych dziewcząt i dochodzi zgodnie z wielu innymi autorami do wniosku, że mięsaki pochwowe u dzieci i mięsaki groniaste szyjki macicy są identyczne i stanowią oddzielną grupę nowotworów narządu rodnego żeńskiego, charakterystyczną tak ze względów na objawy kliniczne jak i budowę histologiczną. Różne są teorye, tłómaczące powstanie owych wysepek tkanki heterologicznej w tych nowotworach; jedni sądzą, że są one następstwem metaplazyi komórek, inni zaś, że tu idzie o rozwój rozrzuconych ognisk zarodkowych; w ostatnich czasach teorya Wilmsa znalazła wielu zwolenników: według niej guzy te mają być nowotworami mieszanymi wrodzonymi, zawierającymi niezróżniczkowane jeszcze, a więc pochodzące z bardzo wczesnego okresu życia zarodkowego, ogniska komórek (przewód Wolffa). Przy wzrastaniu samych guzów różniczkują się dopiero te ogniska komórek zarodkowych i tworzą tkankę chrzęstną i mięśniową.

Dr. E. Ehrenpreis.

Prof. Dr. Soxhlet: **Mleko krowie jako pokarm oseskśw.** (*Münch. med. Wochschr.* Nr. 47). Według badań Camerera i Söldnera w mleku kobiecem przypada tylko 80% ogólnej ilości azotu na białko, reszta zaś na inne substancye, wśród których najważniejsze miejsce co do ilości zajmuje mocznik. Przeciętne mleko kobiece w 20 dni po porodzie zawiera: 0,89% białka, 3.47% tłuszczu, 6,7% cukru mlecznego, 0,20% popiołu (w litrze 633 kal.), Przeciętne mleko krowie zawiera według Königa: 3,6% białka, 3.6% tłuszczu, 5,0% cukru mlecznego, 0,7% popiołu (w litrze 687 kal.). Przez samo rozcieńczenie mleka krowiego rozczynem cukru mlecznego, nigdy nie dojdziemy do mieszaniny odpowiadającej swym składem mleku kobiecemu; będzie ona zawierać za mało tłuszczu i odpowiadać raczej mleku kobiecemu odtłuszczonemu. Jeżeli cielę będziemy karmić mlekiem odtłuszczonem, zauważymy bardzo szybko oddziaływanie ustroju w postaci biegunki i nędznego wzrostu zwierzęcia i tylko nadzwyczajnej jakiejś własności przystosowania się do nieprzyjaznych warunków zawdzięczamy, że niemowlęta znoszą jako tako nieodpowiedni dla nich pokarm. Bliżej celu dochodzimy z mieszanką śmietankową Biederta. Jej Nr. 1 dla osesków w pierwszym miesiącu życia jest mieszaniną 1 części śmietanki o 10% zawartości tłuszczu z 3-ma częściami 2,4% rozczynu cukru mlecznego. Mimo tego jest ona jeszcze uboższą o 1% tłuszczu i 2% cukru od mleka kobiecego. Właściwie należy zmięszać 273 grm. śmietanki zawierającej 12,5% tłuszczu z 55 grm. cukru mlecznego i z 672 grm wody; mieszanina ta różniłaby się od mleka kobiecego tem, że zawierałaby o 0,173% zamiast o 0,20% popiołu, co można uzupełnić przez dodatek 0,25—0,50 grm. soli kuchennej na litr. Różnica pozostaje tylko w nieco większej zawartości wapna w stosunku 44:34. Mieszanina ta zachowuje się wobec działania podpuszczki taksamo, jak mleko kobiece, również siła wiązania kwasów, zbyt wysoka w mleku krowiem, zostaje sprowadzoną do ilości odpowiadającej mleku ludzkiemu. Zbiciu się tłuszczu wskutek sterylizacyi można zapobiedz, według Dra Fuhrmanna, przez silne skłócenie mieszaniny ogrzanej do ciepłoty ciała, tj. powyżej punktu topienia masła.

Różnice biologiczne białek mleka rozmaitych zwierząt, jak również różnice w zawartości enzymów, nie posiadają, zdaniem autora, wielkiego znaczenia; co do tych drugich jest rzeczą dla niemowlęcia obojętną, jeżeli mleko krowie nie zawiera n. p. enzymu amylolitycznego, znajdującego się w mleku ludzkiem, ponieważ i tak w pokarmie oseska skrobia się nie znajduje. Przyjąć raczej należy, że obecność podobnych enzymów w mleku jest rzeczą przypadku, że one krążąc we krwi, przechodzą do mleka podobnie, jak przechodzą do moczu: taksamo zbyteczną i przypadkową jest obecność w mleku kobiecem mocznika.

Seńkowski.

E. Raehlmann: **O ultramikroskopowem badaniu rozczynów białka i węglowodanów, oraz o nowej metodzie oznaczania białka w białkomoczu.** (*Münch. medicinische Wochenschrift* Nr. 48. 1903). Nowy mikroskop, zrobiony w pracowni Zeissa w Jena, przez Siedentopfa i Zsigmondy'ego, a polegający na zasadzie silnego ogniskowego oświetlenia z boku, posiada nieprawdopodobną siłę rozwiązującą, dozwalającą dostrzegać cząstki wielkości 1—10 μμ (milionowych milimetra). Ażeby sobie wyobrazić te drobne wielkości, należy przypomnieć, że amplituda promieni słonecznych wynosi 1940 μμ (dla ostatnich promieni ultraczerwonych) do 294,8 μμ (dla ostatnich promieni ultrafioletowych). Długość fali pierwszej linii sodowej, leżącej w najjaśniejszej części widma słonecznego wynosi 587,5 μμ.

Pierwotnie zajmowali się autorowie badaniem rozczynów barwikowych i przyszli do przekonania, że nową metodą jesteśmy w stanie spostrzedz w tych rozczynach cząstki barwika i to całkiem wyraźnie w ich naturalnej barwie. Cząstki te są dla każdego barwika charakterystyczne nietylko barwą, ale także kształtem i ruchem. Farby mieszane dają się rozwiązać rozmaicie; albo obok cząstek jednego barwika można spostrzedz drugie, albo tworzą się cząstki mieszane, różne barwą, ruchem i kształtem od pierwiastków je składających, albo wreszcie dochodzimy do tworów, gdzie około większych cząstek jednego barwika tworzy się osłonka, złożona z drobniutkich cząstek drugiego. Wielkość cząstek, ich odległość od siebie i ruchy mają w sobie coś prawidłowego, zależnego od grawitacyi, wzajemnego przyciągania i odpychania.

Chcąc badać zachowanie się piewiastków komórkowych i białka pod wpływem barwików, spostrzegli autorowie zaraz na początku swej pracy zadziwiające zjawisko, że w rozczynie białka należycie przesączonym dają się spostrzedz całkiem typowe cząstki wielkości 5—10 μμ, tj. 0,000005 mm. W 5% rozczynie białka kurzego cząstki te leżą tak blizko siebie, że bliższych szczegółów nie podobna rozpoznać; jeżeli jednak ten rozczyn rozcieńczymy stokrotnie, pojedyncze cząstki dają się już dobrze od siebie rozróżnić. Cząstki te są w ciągłym ruchu drgającym, czasem opisują łuki, odległość ich od siebie w stałem rozcieńczeniu zdaje się być jednakową. Większa ich część polaryzuje zupełnie światło, wielkość ich zatem leży poniżej 1/50 długości fali, tj. 5—10 μμ. Mocz chorego na zapalenie nerek, zawierający 1% białka, wykazywał jeszcze w rozcieńczeniu 1:500.000 pojedyncze wyraźne cząstki.

Po zagotowaniu i przesączeniu moczu w jednych przypadkach znikały kuleczki prawie w zupełności, w innych pozostawała ich znaczna liczba (propepton?). Przez odpowiednie rozcienczenie i mierzenie odległości pojedyńczych cząstek od siebie możnaby stworzyć bardzo dokładną metodę ilościowego oznaczania białka.

Z pomiędzy węglowodanów poddano badaniu dekstrynę, gumę arabską, cukier gronowy, mleczny i glikogen. Wszystkie z nich dają się rozwiązać na mniejsze lub większe kuleczki ultramikroskopowe, po większej części polaryzujące światło, również podobny obraz daje rozczyn dyastazy.

Bardzo ciekawy jest obraz, jaki daje rozczyn glikogenu. W rozcieńczeniu 1:10.000 obraz jest tak zalany, że poszczególnych pierwiastków jeszcze dostrzedz nie można; dopiero w rozcieńczeniu 1:300.000 rozwiązuje się stożek dyspersyjny na mnóstwo kuleczek. Kuleczki te bardzo równej wielkości w przybliżeniu 0,00006 mm. tj. 1/10 długości fali, są rozmieszczone w równej od siebie odległo-

ści i posiadają ruch drgający tak, że pole widzenia robi wrażenie migania. Przez rozcieńczenie wodą do podwójnej objętości odstęp między cząsteczkami podwaja się, a ruchy stają się mniej energiczne. Jeżeli do rozczynu glikogenu dodamy pod mikroskopem rozczynu dyastazy, obraz natychmiast się zmienia, ustępując miejsca temu, jaki przedstawiają rozczyny glikozy. *Seńkowski*

Kohn Alfred. **O tkance chromochłonnej.** (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1903, Nr. 46, 47). Badania swoje rozpoczął K. pierwotnie od niedokładnie jeszcze znanych tworów, znajdujących się w sąsiedztwie gruczołu tarczowego, a uważanych przez czas jakiś za dodatkowe gruczoły tarczowe (glandulae parathyreoideae). Przekonawszy się w tych badaniach, że twory te nie mają nic wspólnego z gruczołem tarczowym, lecz są narządem zupełnie odrębnym i samoistnym, szukał K. w ustroju innych narządów pokrewnych i starał się utworzyć z nich jedną gromadę, nadając jej nazwę ciał nabłonkowych (Epithelkörper). Do narządów tego typu zalicza K. także przysadkę mózgu, wyspy Langerhansa w trzustce i korę nadnercza. Okazało się bowiem z badań porównawczych, że istota rdzenna nadnercza jest czemś od istoty korowej zgoła odrębnem; są to dwa osobne narządy, które u zwierząt niższych leżą daleko od siebie i dopiero u zwierząt wyższych ze sobą w jedno ciało się zlewają. Istocie rdzennej nadnercza ludzkiego odpowiadają u pewnych ryb t. zw. ciałka nadnerkowe, rozwijające się wraz z zarodkowymi zwojami współczulnymi, pozostające potem przez całe życie w związku z układem nerwu współczulnego, nigdy zaś nie wchodzące w żaden związek z właściwem nadnerczem. Tych ciał nadnerkowych nie należy więc wogóle wcale wiązać z nadnerczem, a najlepiej dla uniknięcia wszelkich nieporozumień przyjąć nową, odrębną ich nazwę „paraganglia“ lub „ciałka chromochłonne“, ich komórki bowiem odznaczają się szczególnem powinowactwem do soli chromu, silnie je pochłaniają. Z takich komórek chromochłonnych składają się oprócz istoty rdzennej ludzkiego nadnercza liczne ciałka, pozostające w związku z układem nerwu współczulnego, których znaczenia dotąd nie umiano określić. Twory te wraz z istotą rdzenną nadnercza stanowią odrębny, samoistny narząd, który należy — zdaniem K. — ściśle oddzielić od właściwego, nabłonkowego nadnercza. K. spodziewa się, że w ten sposób powiedzie się z czasem usunąć niektóre, dziś istniejące sprzeczności i rozjaśnić wątpliwości w nauce o znaczeniu i czynnościach nadnercza, byle zawsze pamiętać o różnicy nadnercza od owej tkanki chromochłonnej i uwzględniać to, że po za obrębem istoty rdzennej nadnercza istnieją inne jeszcze ogniska w jej ustroju. *C.*

Pick. **Dalszy przyczynek do patologii tężyczki.** (*Neurol-Centralbl.* 1903, Nr. 16). Mniejwięcej przed rokiem ogłosił P. dwa spostrzeżenia tężyczki, w których na sekcyi znaleziono zwapnienie drobnych naczyń w obrębie substancyi białej mózgu i w móżdżku. Wówczas zastrzegł się P., iż nie rozstrzyga, czy zmiana ta est przyczyną, czy też skutkiem tężyczki lub też może tylko zjawiskiem z nią współrzędnem. Zmianę tę można przy uważnem badaniu stwierdzić już przy sekcyi nawet bez badania drobnowidowego, jednak dotykiem raczej, niż wzrokiem, w postaci jakby igiełek, sterczących z powierzchni przekroju: są to ostre końce przeciętych, zwapniałych naczyń. Spostrzeżenie to sprawdziło się teraz w dwóch dalszych przypadkach tężyczki; oba przypadki dotyczą osobników młodych, u których nie było nigdzie zwapnienia, ani innych zmian miażdżycowych, w reszcie tętnic ustroju, u których wogóle miażdżycy nie można było się spodziewać. Zwapniałe były szczególniej naczynia w obrębie jądra zębatego (nucleus dentatus), oraz w obrębie wielkich zwojów mózgu. Pick obecnie śmielej już wypowiada przypuszczenie, że zwapnienie pewnych grup drobnych naczyń mózgowia jest anatomiczną podstawą tężyczki; gdyby bowiem miała to być jakaś tężyczce towarzysząca zmiana odżywcza, to wówczas musiałyby i inne naczynia mózgowe, np. w obrębie kory, uledz również takim samym zmianom, jak naczynia móżdżku. W każdym razie zasługuje rzecz, zdaniem P., na to, aby w przyszłości poświęcić jej przy sekcyach przypadków tężyczki większą uwagę i badać w takich razach szczególnie dokładnie stan drobnych naczyń wspomnianych okolic mózgowia. *C.*

Josue: **Miażdżyca tętnicy głównej, wywołana doświadczalnie przez wielokrotne wstrzykiwania adrenaliny do żył.** (*Presse med.* 1903, Nr. 92). Wychodząc z powszechnie dziś przyjętego zapatrywania, że miażdżycę tętnic oprócz pewnych czynników toksycznych wywołuje przedewszystkiem dłuższy czas trwające i powtarzające się wzmożenie parcia w tętnicach, postanowił J. spróbować, czy podnosząc parcie w naczyniach zapomocą wstrzykiwań adrenaliny nie uda się sztucznie wywołać miażdżycy. Do doświadczeń używał J. królików, ważących ponad 2 klg., którym wstrzykiwał co drugi dzień po 3 krople $^{1}/_{000}$ rozczynu adrenaliny wprost do żył usznych, przekonawszy się poprzednio, że wstrzykiwanie podskórne nie wywołuje żadnego skutku, a wstrzykiwanie do żył dawek większych, np. 4 kropli na raz, może wywołać nagłą śmierć zwierzęcia i w ten sposób udaremnić dokończenie doświadczenia. Otóż u królików, którym J. wstrzykiwał małe dawki adrenaliny do żył przez czas dłuższy, pojawiała się rzeczywiście miażdżyca tętnic ze zwapnieniami i to tem wybitniej, im dłużej stosowano wstrzykiwania. U jednego z tych królików wytworzyło się nawet w jednem miejscu tętniakowate wypuklenie ściany tętnicy głównej, dochodzące wielkości grochu. J. nie rozstrzyga, czy adrenalina działała tutaj właśnie przez wzmożenie parcia w tętnicach, choć taki sposób działania, a nie jakiś np. wpływ toksyczny, jest najprawdopodobniejszy. W końcu zwraca J. uwagę na to, że wobec wyniku jego doświadczeń wartoby w przypadkach miażdżycy systematycznie badać stan nadnerczy. *C.*

P. Pręgowski: **Przyczyny rozedmy płuc i jej zapobieganie.** (*Wiener medicinische Presse* Nr. 38 i 39). Autor przytacza historyę chorób trzech przypadków, w których zachodzi współistnienie wybitnej nerwicy neurastenicznej z rozedmą płuc. Wskazuje dalej na to, że w nerwicy, której ulegają trzej jego pacyenci, ma miejsce zaburzenie funkcyi serca z towarzyszącymi objawami zastoju, które to cierpienie w stosunku do rozedmy płuc nie jest bynajmniej następowem. Zastoje i przesięki powstające wskutek wspomnianego zaburzenia w układzie naczyniowym, wraz z wywołanymi przez nie objawami oskrzelowymi, kaszlem i natężonem oczyszczaniem górnych dróg oddechowych ze śluzu przez nos, na które to czynniki autor zwraca uwagę, opierając się specyalnie na przeprowadzonych w tym kierunku obserwacyach kilku pacyentów, zdają się wyjaśniać drogi, któremi wspomniana nerwica prowadzi do rozdęcia płuc. W ten sposób znajdują potwierdzenie przypuszczenia prof. F. Hoffmanna, że między rozedmą płuc a zaburzeniami czynności serca zdaje się zachodzić odwrotny stosunek, niż to się zwykle przyjmuje, mianowicie, że zmiany w czynności serca nie są wyłącznem następstwem rozedmy płuc, lecz raczej odwrotnie, one pociągają za sobą zmiany w płucach; również wyjaśnia się znany fakt częstego kojarzenia się rozedmy płuc ze stanami silnie neurastenicznymi. Niemniej staje się zrozumiałem częste występowanie rozedmy płuc u kilku członków tejsamej rodziny, gdyż dziedziczność będącej w mowie nerwicy, na podstawie której rozwija się rozedma płuc, odgrywa znaczną rolę. Przytoczone dane etyologiczne prowadzą do wskazań zapobiegawczych, do których autor zalicza: 1) usunięcie wspomnianej nerwicy na drodze, wskazanej przez autora gdzieindziej; 2) nie dopuszczanie do zbyt spotęgowanych ruchów oddechowych, a to przez zapobieganie kaszlowi, tudzież przez mniej natężające uwalnianie górnych dróg oddechowych ze śluzu przez usta, zamiast przez nos.

Buławincew: **Psychiczny sok żołądkowy u ludzi.** (*Izwiestija wojenno-medicinskoj Akademii* 1903, Tom 6, Nr. 4). B. wykonał na zdrowych osobnikach szereg badań dla sprawdzenia wpływu psychicznego na wydzieliny soku żołądkowego. Przepłókawszy naczczo żołądek i przekonawszy się, że nie zawiera on żadnej treści, B. podniecał łaknienie przez psychiczne podrażnienia bądź smakowe, bądź wzrokowe, bądź wreszcie słuchowe. Następnie, wydostawszy treść żołądka, oznaczał ogólną kwasotę, ilość wolnego i łużnie związanego kwasu solnego i siłę trawiącą. Doświadczenia te wykazały, że podniecenie łaknienia sprowadza niewątpliwie wydzielinę t. zw. „psychicznego“ soku. Sok ten zawiera przeszło 2% wolnego kwasu solnego i znaczną ilość pepsyny; wobec tego odznacza się on wysoką siłą trawienną. Ilość i jakość soku psychicznego zależy od stopnia podrażnienia psychicznego. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Zimnickij. **Częstość stwardnienia tętnicy głównej u osobników młodych.** (*Izwiest. woj. medic. Akad.*, 1903, T. 6, Nr. 2). Autor badał w instytucie prof. Chiarego stan tętnicy głównej i doszedł do wniosku, że w wieku niższym od 25 lat ściany tej tętnicy ulegają zmianom w 27·3% (na 138 trupów u 38); jeśli zaś wykluczyć zwłoki dzieci do 2 lat, u których tętnica główna nie przedstawia wcale zmian, to częstość schorzeń tętnicy w wieku młodym wynosi 50·7%. Najważniejsze zmiany znajdował Z. w warstwie wewnętrznej naczynia, gdzie one się przedstawiały jako biało-żółtawe lub szarawe pasma. W powstaniu tych nierzadkich zmian w ścianie tętnicy głównej w wieku młodym odgrywają bardzo doniosłe znaczenie, oprócz wyskoku i innych przyczyn, również i choroby zakaźne. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Simonowicz. **W sprawie działania adrenaliny.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 24). Na podstawie doświadczeń, wykonanych z adrenaliną w klinice prof. Sirotinina (Petersburg), przychodzi S. do wniosków następujących: 1) adrenalina ma ogólne działanie tylko w razie wstrzyknięcia bezpośrednio do żył; 2) stosowanie adrenaliny przez usta nie sprowadza właściwego działania u zwierząt, nawet w wielkich dawkach (0,015—0,03); u człowieka również nawet

w dawce 5 razy przechodzącej najwyższą leczniczą (0,01), przyczem nie wywołuje żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych; 3) okoliczność ta zależy nietyle od niszczącego wpływu wątroby, ile od bardzo słabego wchłaniania się leku; 4) naruszenie całości błony śluzowej przewodu pokarmowego nie ułatwia wchłaniania się adrenaliny; 5) adrenalinę można stosować dla zatamowania krwotoków z błon śluzowych bez obawy otrzymania ogólnego działania trującego: 6) cukromocz adrenalinowy jest prawdopodobnie wynikiem wpływu toksycznego: 7) wstrzykiwanie adrenaliny do żył dla natychmiastowego podniesienia zanikającej czynności serca może być stosowane wyłącznie jako *ultimum refugium*, ponieważ po wstrzykiwaniu niewielkich dawek adrenaliny zdarza się niekiedy nagła śmierć. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bołdyrew. **Zaczyn tłuszczowy (lipaza) w soku jelitowym.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 25). Doświadczenia B. były wykonane na psach z przetokami Thiry — Vella w okolicy przejścia dwunastnicy w jelito czcze; sok badano naczczo, oraz po spożyciu pokarmu. Dla zbadania zawartości zaczynu tłuszczowego w soku B. używał monobutyryny, oliwy, śmietanki, mleka i sztucznych zawiesin. Sok badany był świeży lub przechowany w lodzie z poprzedniego dnia. Doświadczenia te wykazały, że sok jelitowy rozkłada tłuszcze; przegotowany traci tę własność. Ztąd wynika, że w soku znajduje się zaczyn tłuszczowy i to nie tylko w soku żołądkowym i trzustkowym, lecz i w jelitowym. *Witold Orłowski* (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Katzenstein: **Leczenie rozpadlin rzyci.** (*Die Therapie der Gegenwart* 1902, grudzień). Autor nie leczy więcej przeczosu odbytu operacyjnie, lecz środkami leczniczymi, starając się przytępiać końce nerwów w przeczosie kokainą i znieść kurcz zwieracza wilczą jagodą, gdyż tylko pod tymi warunkami możebne jest wyleczenie przeczosu ichtyolem. Używa on następującego roztworu. Rp, *Extr. belladonnae 0·5*, *Cocain. hydrochl. 0·05*, *Ammon. sulfo-ichtyol. ad 6·0*, którą przed użyciem należy nieco ogrzać, wstrząsnąć i zamoczoną w nim nitkę skręconej waty grubości druta od pończoch wsunąć zgłębnikiem guzkowatym choremu, leżącemu na boku, do odbytu wzdłuż ściany przeciwnej przeczosowi, by unikać bolu przez jego dotknięcie. Nitka, którą chory może sobie sam wyciągnąć, zostaje w odbycie przynajmniej pięć minut, albo do następnego wypróżnienia. Zabieg ten powtarza się raz do dwóch razy dziennie przez 8—14 dni aż do wyleczenia, a uregulowanie stolca i kąpiele nasiadowe zapobiegają nawrotom tego uporczywego i bolesnego cierpienia. *Dr. Fels.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z d. 6 listopada 1903 r.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków: 34.

I. Kol. Barącz omawia przypadek operacyjnego zmniejszenia zdrowego nosa i demonstruje fotografie chorego, zdjęte przed i po operacyi. W sierpniu 1902 roku zgłosił się do polikliniki 26-letni chory z prośbą o zmniejszenie mu nosa, gdyż jak twierdził wszyscy zwracają uwagę na jego nos. Chory był wskutek tego bardzo przygnębiony. Ponieważ nos prelegentowi nie wydawał się nieproporcyonalnie wielkim, a nawet zupełnie kształtnym, (nos orli może nieco zbyt garbaty), przeto odradzał pacyentowi operacyę. Pacyent jednak uporczywie prosił o zmniejszenie i to było celem jego przyjazdu do Lwowa. Wobec tego wykonał kol. Barącz operacyę w uśpieniu chloroformowem w sposób następujący: Poprowadził on cięcie w linii środkowej nosa od nasady aż do końca, odpreparował szeroko skórę nosa od kości nosowych i wyrostków nosowych szczęki górnej, przedłutował obustronnie u nasady kości nosowe i wyrostki nosowe szczęki górnej i zepchnął w ten sposób uruchomione kości ku dołowi. Następnie wyciął nożyczkami wewnętrzne brzegi obu kości nosowych. Po obu stronach cięcia podłużnego wyciął po wrzecionowatym skrawku skóry, wyciąrównież wrzecionowaty skrawek z chrząstek nosowych i przednią część lemiesza. Ponieważ po zbliżeniu brzegów rany nos wydawał się teraz za długim, wyciął obustronnie po klinie poprzecznym z bocznych części nosa tak, że zaszyta rana miała kształt krzyża. Rana zgoiła się przez rychłozrost, a chory z operacyi jest bardzo zadowolony. Operacye podobne wykonał najpierw Robert F. Weir w Nowym Jorku, następnie Dr. Jaques Joseph w Berlinie wykonał 11 zmniejszeń nosa. Tak Weir, jak i Joseph, posługiwali się zupełnie inną techniką operacyjną, którą kol. B. opisuje. Z polskich chirurgów zajmował się sprawą operacyi upiększających na nosie Gabryszewski.

W dyskusyi zabierają głos kol: Skałkowski, Sieradzki, Mayer, Schramm, Gluziński A., Wehr, Łukasiewicz, Uhma. Kol. Skałkowski przytacza przypadek, w którym u młodej pacyentki na jej życzenie wykonał wycięcie paska skóry z grzbietu nosa, poczem brzegi rany ściągnął szwem. Chora była zupełnie zadowolona, a wynik operacyjny dobry.

II. Kol. Gluziński A. przedstawia wniosek komisyi przemysłowej, uznający przetwór sulfo-gwajakolowy wyrobu Mikolasza, jako polecenia godny. Uchwalono w brzmieniu wniosku komisyi przemysłowej.

III. Kol. Uhma: Spostrzeżenia i doświadczenia z praktyki w chorobach skórnych i płciowych.

Prelegent na podstawie doświadczenia osobistego omawia:

1) Stosowanie okładu kwaśnego w sprawach zapalnych ostrych: *a*) w zanokcicy, *b*) w wyprysku. W pierwszym przypadku używa czystego płynu Burowa, w drugim 10-krotnie i 20-krotnie rozcieńczonego, dając cienki pokład waty i często zwilżając.

2) Działanie helmitolu, urotropiny i heksametylentetraminy w chorobach pęcherza i cewki moczowej. Podawał środki te w ilości od $1^1/_2$ — 5 grm. dziennie, otrzymując znakomite wyniki w nieżytach pęcherza zasadowych, mniej dobre przy kwaśnych. W jednym przypadku przy podawaniu helmintolu wystąpiło zapalenie spojówek. Spostrzegał również zadrażnienia pęcherza, ujawniające się silniejszemi parciami na mocz, przyczem przy końcu moczenia ukazywała się kropla krwi. Przypadłości te odnosi prelegent do formaliny, zawartej w tych przetworach.

3) Dezynfekcyę cewników. Dla nadania gładkości cewnikom używa smarowidła, składającego się: *tragag 3,0, glycer. 10,0, aquae carb. 3%, 90,0.* Smarowidło to łatwo się spłókuje i wedle spostrzeżeń prelegenta ma własności znieczulające (kwas karbolowy).

4) Przedstawia barwik swego pomysłu, czerwień obojętną, którą dwoinki Neusserowskie barwią się żywo czerwono. Barwienie odbywa się w ten sposób, że na zasuszoną na szkiełku przedmiotowem warstwę barwika daje się kroplę ropy i bezpośrednio potem pod mikroskopem się bada. Uważać należy, by ropy nie było za wiele. Sposób ten podał równocześnie Dr. Plato z kliniki Neussera, rozpuszczając barwik ten we wodzie. Obecnie uzupełnił prelegent mieszaninę barwika, który w pierwotnej swej formie nie barwił należycie. Prosi o wypróbowanie, dając barwik do rozporządzenia.

5) Do badania naskórka używa kwasu octowego, który zapomocą podgrzewania wyparowuje z przetworu, a następnie barwi przetwór rozczynem wyskokowym błękitu metylowego.

6) Do badania włosów używa glicerynowego roztworu barwika, spłókując czystą gliceryną.

7) Przy wypryskach na głowie (między włosami) używa oliwy karbolowej 10%, bez ucinania włosów.

8) Prelegent omawia przepłókiwania słabymi rozczynami nadmanganianu potasowego za pomocą cewnika przy zajęciu pęcherza i części tylnej. Przepłókuje zapomocą irygatora w ten sposób, że wsuwając cewnik, przepłókuje cewkę, następnie, wysuwając cewnik, pęcherz i znowu cewkę. Omawia dalej wstrzykiwania sposobem Kutnera.

Wyraża zapatrywanie, że przy leczeniu rzeżączki więcej szkodliwem jest ciągłe podrażnienie (częste zmazania), aniżeli prawidłowe spółkowanie. Przypisuje działanie lecznicze przy stosowaniu azotanu srebrowego silnemu skurczowi mięśni cewki.

W dyskusyi zabierają głos koll.: Obtułowicz, Leszczyński i Fels. *Dr. Józef Świątkiewicz*, sekretarz.

Nadzwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 13 listopada 1903 r.

Przewodniczący: kol. Ziembicki G. Obecnych członków: 27.

I. Kol. Ziembicki G. przedstawia chorego, u którego dolegliwości ze strony pęcherza wystąpiły przed dwoma laty. W r. 1902 wykonał u niego Prof. Frisch *sectio alta*, przyczem wydobyto kilka kamieni dość znacznej wielkości. W sierpniu b. r. zgłosił się chory

z objawami nawrotnej kamicy pęcherza. Wskutek dawnej blizny i przepukliny powstałej w bliźnie zabieg operacyjny był tak utrudniony, że prelegent był zmuszony z powodu otwarcia jamy otrzewnowej operacyę przerwać, nie otwierając pęcherza; 9 tego października przystąpił do powtórnej operacyi. Cięciem przedodbytniczem odłuszczył gruczoł krokowy, w którym znalazł około 30 kamyków (prelegent demonstruje) i kilka jam. Mimo 8-dniowego sztucznie wywołanego zaparcia stolca powstała przetoka między pęcherzem a kiszką stolcową. Dla ułatwienia odchodzenia kału nacięto zwieracz odbytnicy. Obecnie przetoka ta zmniejsza się i prelegent ma nadzieję, że po jakimś czasie zaciągnie się całkowicie.

W dyskusyi zabierają głos koll. Barącz i Ziembicki G.

II. Kol. Barącz: wygłosił wykład: Krótki pogląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych na podstawie własnych spostrzeżeń. (Przeznaczone do druku).

Posiedzenie naukowe z dnia 20 listopada 1093 r.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 31.

I. Kol. Sołowij: Referat Komisyi, wydelegowanej do zajęcia się sprawą reformy przepisów służbowych dla położnych.

Referent odczytuje memoryał do ministerstwa spraw wewnętrznych i projekt zmian w przepisach służbowych dla położnych. Memoryał ten opracowała Komisya, złożona z pięciu, a wybrana przez wszystkich ginekologów w myśl uchwały Tow. lekarskiego z dnia 1-go maja 1903 r.

Dyskusya: Kol. Bylicki żąda zmiany w umotywowaniu zaprowadzenia sublimatu do użytku położnych w tym kierunku, by nacisk położyć na zastosowanie sublimatu w szkołach z jednoczesnem dotychczasowem pominięciem go w przepisach dla położnych. Występuje również przeciw pojęciu słowa »bezgnilne«, uznając, że istnieje tylko postępowanie »przeciwgnilne«.

Kol. Sękiewicz występuje przeciw nowym rozporządzeniom i zmianom przepisów. Przepis sam nic nie pomoże, dopóki położne nie będą dobrze wyszkolone. Nie zgadza się z zapatrywaniem, by przez 1-szy tydzień dziecka nie kąpać. Jest zdania, że żadna matka nie zgodzi się na to i przepis pozostanie na papierze. Co do obowiązkowych wstrzykiwań protargolu do worka spojówkowego należałoby zasięgnąć zdania szerszego grona okulistów.

Kol. Hojnacki stawia wniosek, by memoryał rozesłać do członków Tow. ginekologicznego i nie wysyłać go do ministerstwa, zanim Tow. ginekologiczne nie poweźmie w tym kierunku uchwały.

Kol. Wehr uzasadnia różnicę postępowania bezgnilnego i przeciwgnilnego.

Kol. Przewodniczący zwraca uwagę, że uchwałą z d. 1-go maja 1903 r. dano komisyi, mającej się zająć reformą przepisów służbowych dla położnych, pełnomocnictwo działania imieniem Tow. lek. lwowskiego.

Memoryał wraz z projektem przyjęto.

II. Kol. Piasecki: Slöjd leczniczy. (Spostrzeżenia ze Skandynawii, z demonstracyami). Prelegent zdaje sprawę z swych spostrzeżeń nad slöjdem leczniczym w Skandynawii. Nowa ta gałąź lecznictwa jest zaledwie w okresie prób, lecz prób zachęcających. Pracę ręczną zalecono już od dawna, jako zajęcie dla nerwowo chorych. Postać skończonego systemu zdrowotno-wychowawczego, jaką przybrał w latach ostatnich slöjd w Danii pozwala wskazania te czynić śmielej i znacznie rozszerzyć. Aksel Mikkelsen, duński reformator slöjdu, udoskonalił warunki fizyczne pracy, zmieniając kształt warsztatu i narzędzi, wybór modeli i t. d. Dziś slöjd duński daje racyonalne ćwiczenia mięśni, połączone z nienaganną postawą i prawie wcale nie wytwarza pyłu. Psychicznie ważnemi są: towarzyskie wykonywanie roboty; łatwość wykończenia w krótkim czasie przedmiotu użytecznego; ścisłość pracy, która przez to pochłania zupełnie uwagę chorego; wreszcie ogromne bogactwo form (chory nawet najmniej wprawny i cierpliwy samą piłą i heblem wykończa setki modeli). — Ten zbiór zalet stawia »slöjd« leczniczy na pierwszem miejscu wśród prac ręcznych dla neurasteników. Prócz tego może on być czynnikiem współrzędnym lub uzupełnieniem gimnastyki i sportów wszędzie, gdzie ruch jest wskazanym dla poprawy wymiany materyi. Dalsze wskazania: gościec mięśniowy umiejscowiony w mięśniach ramion i barku, skrzywienie boczne kręgosłupa, gdzie asymetryczna postawa przy pile i heblu daje długotrwałe wyprostowanie części lędźwiowej. »Slöjdu« leczniczego nie należy uważać za rzecz zupełnie samodzielną. Naturalne jego miejsce jest w zakładach mechano-terapeutycznych, gdzie warsztaciki małe ruchomo się przytwierdza do szwedzkich »ribbstolów«, dając możność przeplatania pracy ręcznej gimnastyką. Takim jest zakład Dr. Frode Sadolina w Kopenhadze.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz doroczny.

* * *

VII. Z akcyi przeciwkiłowej w powiecie kosowskim.

Podał

Dr. L. Doboszyński.

Najbardziej na południe wysuniętym skrawkiem Galicyi jest klin, wciśnięty między Bukowinę i Węgry. Jestto powiat polityczny kosowski, zamieszkały przez szczep ruski, znany pod nazwą „huculów“. Kraj to górzysty (najwyższy szczyt pasma Czarnohorskiego sięga 2058 metrów), o klimacie łagodnym alpejskim; na tę łagodność klimatu składają się: kierunek pasm górskich, zasłaniający od wiatrów i wysunięcie ku południowi (tasama szer. geogr., co Wiednia). Gleba w stosunku do wzniesienia i górzystości dość urodzajna, pszenica i kukurudza udają się w niektórych miejscowościach na wysokości 1000 m. n. p. m. Lud sam rosły i piękny.

Wśród tego ludu szerzy się od szeregu lat kiła w stopniu, który w całem tego słowa znaczeniu zasługuje na nazwę endemii. Klęska ta ma o tyle swoją historyę, że wspomina już o niej w r. 1793 Haquet[1]) i domyśla się jej źródła u żołnierzy moskiewskich, którzy w czasie wojny rosyjsko-tureckiej tu się zjawili. Jako drugie źródło podaje tenże Haquet fakt, że wzdłuż Czeremoszu, a więc tędy szedł szlak handlowy bydłem z Wołynia, Podola i Ukrainy na Węgry. Jeśli tu wówczas istotnie endemia kiły była, to nie można napewne wprowadzać jej w związek z obecną. Okres stuletni czasu jest dość długi, aby nawet tak przewlekła i odziedziczająca się choroba mogła wygasnąć lub sprowadzić się do przypadków sporadycznych. Jeśli co tu jest uwagi godnego, to ścisłe określenie choroby, którego szczęścia nie miała słynna endemia kiły w Dalmacyi z końca ośmnastego i pierwszej połowy dziewiętnastego stulecia. Kiłę dalmacką długie łata uważano za swoistą chorobę, nazywając ją „Skerljewo“ lub „mal di Breno“, a nawet uważając ją za rodzaj trądu. O obecnej endemii wspomina sprawozdanie krajowej Rady Zdrowia w r. 1896, wzmiankując, że trwa od lat kilku. Z doświadczenia mego tutaj, badając chorych na kiłę późną i zbierając dane wywiadowcze, twierdzę z pewnem prawdopodobieństwem, że pierwsze przypadki tej choroby tutaj już z charakterem endemii pojawiać się zaczęły w latach 1855—1888. Zgodziłby się to mogło o tyle ze wspomnianem sprawozdaniem Rady Zdrowia, że kiła świeża łatwo mogła ujść baczności władz sanitarnych, bo i ludność wówczas (jak zresztą i dzisiaj) nie uważała objawów drugorzędnych za cierpienie poważne. Dopiero dolegliwsze lub szpecące objawy kiły późnej ujawniły groźną doniosłość choroby. Objawy te mogły właśnie w liczniejszych przypadkach wystąpić na kilka lat przed rokiem 1896.

Ważniejsze od wzmianek historycznych są te właściwości ludu tutejszego, które ściśle się wiążą z rozwojem i przebiegiem endemii. Huculi nieomal bez wyjątku utrzymują stosunki płciowe pozamałżeńskie. Zarówno mąż, jak żona miewają po jednym lub więcej kochanków i kochanek, tak między osobami wolnemi, jak i zostającemi w związkach małżeńskich. Wobec tego, że to się dzieje nieomal bez wyjątku, wytwarza się łańcuch, obejmujący całą okoliczną ludność wiejską. Jeden przypadek kiły wystarczyć może, aby zakazić nietylko najbliższe sąsiedztwo, ale i osoby zamieszkujące w innych, nawet odległych wsiach. Lud ten, jak wspomniałem, rosły i piękny, odznacza się do tego ognistym temperamentem, jest dość zamożny, odżywia się dobrze. Wytrwały i odważny jeździec, jest i jako piechur niezrównany. To też często się zdarza, że mając stosunki płciowe

[1]) W. Szukiewicza: »Huculszczyzna«, t. I, str. 60.

z osobą mieszkającą o kilkanaście i więcej kilometrów, wymyka się wieczorem z chaty, aby dawszy folgę swoim miłostkom, wrócić rano do pracy. To też kiła w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych znalazła tu podatną glebę do swego rozszerzenia się. Szerzeniu się bowiem innych chorób zakaźnych zapobiega rozmieszczenie chat. Osady nie skupiają się tu w pojedynczych punktach. Chaty rozsypane są nieomal jednostajnie na obszernym terenie górskim i sięgają aż do ich szczytów. Np. wieś Żabie rozpostarła się na sześciuset kilometrach kwadr. Na tej przestrzeni znajduje się 1530 chat [2]). Odległość więc ich jest chyba dość wielka, aby np. płonica, odra lub dur plamisty ograniczyły się do pojedynczych chat lub zakątków górskich. Wspomniawszy o życiu płciowem, zaznaczyć jeszcze trzeba, że wyrostki obojga płci, a nawet nieletnie dzieci, idą za przykładem starszych. Dziewczęta rozwijają się bardzo wcześnie i z reguły idą wcześnie za mąż, bo zaraz po skończonym czternastym roku życia. Węzły małżeńskie przykrywają swoją osłoną dalsze ich życie. Zdawałoby się, że w tych stosunkach instytucya prostytutek niema racyi bytu. A jednak i ta istnieje i to w liczbie niemałej. Oczywiście, jako prostytucya tajna. Dla uzupełnienia charakterystyki życia płciowego dodam, że dziewczęta, które do pewnego wieku (około 20 lat) nie wyszły za mąż, starają się za wszelką cenę zajść w ciążę, co im tu nie psuje stanowiska towarzyskiego, a stawia je wyżej od dziewcząt, które się postarzały bezdzietnie. Całe to rozwydrzenie płciowe obraca się jednak w granicach, że się tak wyrażę, prawidłowych, t. j. bez zboczeń i wyrafinowań płciowych, towarzyszących zepsuciu wielkich miast. Kiła ma tu sposobność rozszerzać się i inną drogą, niż przez stosunki płciowe. Istnieje tu zwyczaj pożyczania sobie od ust do ust fajek i papierosów. Kobiety palą na równi z mężczyznami. Jedzą z wspólnej misy, a łyżek (drewniane) po użyciu nie myją. Gdy więc jeden z członków rodziny ma zmiany kiłowe w ustach, prędzej lub później musi zakazić współmieszkańców i gości. Obok zmian pierwotnych na częściach rodnych spotykałem się w czasie mej tu działalności wyłącznie tylko z zakażeniami, wychodzącemi z jamy ust. Na ogół jednak zmiany pierwotne w stosunku do liczby chorych rzadko miałem sposobność obserwować.

Krajowy referent sanitarny, Radca Dworu D. J. Merunowicz, badając w czasie inspekcyi powiatu w r 1899 część tylko ludności, w kilku dniach znalazł 378 przypadków kiły w rozmaitych okresach. Liczba ta, sama w sobie duża, przedstawia tylko pewien odsetek chorych. Przekonawszy się o rozmiarach klęski, tem energiczniej począł Radca Dworu Merunowicz kołatać w ministeryum o rozpoczęcie akcyi ratunkowej. Dziś ona jest w toku, rozpoczęła się od końca czerwca 1902 r.

W powiecie kosowskim rozmieszczono pięciu lekarzy, nakładając na nich obowiązek leczenia bezpłatnego chorych. Lekarze ordynują stale w lokalach ambulatoryjnych, urządzonych kosztem rządu, zaopatrzonych w narzędzia lekarskie i leki. Każdy z nich ma obowiązek zwiedzać systematycznie chaty przydzielonego sobie okręgu, ordynować w oznaczonych dniach w miejscach, gdzie większą liczbę chorych znajdą. Obowiązkiem ich jest pouczać ludność o ważności choroby, potrzebie i sposobach chronienia się przed nią. Jakiegokolwiek przymusu, tem mniej szykanowania ludności, używać nie wolno.

Tak pojęta akcya ma swoje złe i dobre strony. Wie o nich krajowy referent sanitarny, Radca Dworu Merunowicz, który osobiście postępy akcyi kontroluje i nie szczędząc trudów, udaje się osobiście w czasie inspekcyi do najodleglejszych i najniedostępniejszych przybytków osób zakażonych. Najpierw teren tutejszy sprawia, że przez znaczniejszą część roku chaty są wprost niedostępne. W jesieni, w zimie i na wiosnę ścieżkami, wiodącemi do chat wyżej położonych, nawet górale nie mogą dojść bez zakładania tak zwanych „raków“ (żelazka ostre przypinane do obuwia). Odległości sprawiają, że w zimie na dotarcie do jednej chaty może dzień cały nie wystarczyć. Jeśli pokonanie takiej pracy przechodzi możność lekarza, to naodwrót i chorzy nie mogą się systematycznie zgłaszać do najbliższych nawet ambulatoryów. Cóż dopiero, gdy się rozchodzi o dzieci. W porze pogodnej polowy ludności nie zastaje się w chatach, zajęci są bowiem w lasach, na poloninach i przy spławach i sianożęciach. Dobrą stroną tego sposobu jest, że lekarze wchodzą z ludnością w ściślejsze zetknięcie się, poznają dokładnie rozszerzenie się choroby, osoby chorych i ich spółmieszkańców. Dla części ludności, mieszkającej bliżej ambulatoryów, leczenie się jest w istocie ułatwione w wysokim stopniu, nie odrywające ludności od pracy, ani od ognisk rodzinnych.

Dążeniem jednak krajowego referenta sanitarnego jest wprowadzić leczenie szpitalne jako główną podstawę tej akcyi. Dąży więc do tego, aby w powiecie kossowskim i nadwórniańskim (w którym również jest endemia kiły) stanęły większe szpitale, czyto wyłącznie dla wenerycznych, czyto powszechne. Do tego celu trzeba zdobyć fundusze, o które, jak zawsze, nie łatwo. Obecnie funkcyonuje w najrozleglejszej wsi Kosowszczyzny, Żabiu, szpital o dwudziestu łóżkach dla chorych wenerycznych, utrzymywany kosztem rządu. Jako kierownik tego szpitala zrobiłem doświadczenie, że wobec braku ustawowego przymusu akcya, oparta wyłącznie na szpitalach, nie byłaby dostateczna. Lud wiejski nie wypełnia tak chętnie łóżek szpitalnych, jak miejski proletaryat. Tem więcej tutejszy, który żyje w względnym dobrobycie. Materyalizm chłopa bierze górę nad wszystkiemi innemi pragnieniami, nawet zdrowia, a opuszczenie gospodarstwa na kilka tygodni uważa za klęskę finansową, co może nią być istotnie. Nawet do leczenia ambulatoryjnego, np zmian drugorzędnych kiłowych, nie łatwo go nakłonić, ale łatwiej, niż gdy się go namawia, aby pozostał w szpitalu. Nie znaczy to, żebym nie uważał leczenia szpitalnego dla ludzi prostych za najlepsze. Wszakże przy najlepszych chęciach leczonego w warunkach, jakie daje chata choćby zamożnego wieśniaka i jakie stwarza jego praca rolna, wykonywanie zabiegów leczniczych i stosowanie dyety jest bardzo trudne. Staram się jednak usilnie, aby chorzy, zwłaszcza w okresie zakaźnym, odbyli przynajmniej początek leczenia w szpitalu. To ułatwia dalsze leczenie ambulatoryjne, a działalność szpitala rozszerza się na większą ilość osób, niżby to odpowiadało ilości łóżek.

(Dokończenie nastąpi).

---

[2]) W roku 1890.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 grudnia.

* *Otrzymaliśmy następujący komunikat z prośbą o ogłoszenie:*

»Na posiedzeniu Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. w dniu 19 grudnia 1903 r. udzielono zapomóg w łącznej kwocie 2660 K. i rozdzielono je między 21 wdów po lekarzach.

Oprócz tego jest 17 pensyonistek Towarz. lekarzy galic., które pobierają stałą pensyę w łącznej kwocie 4200 K. rocznie.

Zapomóg zaś jednorazowych udzielono w r. 1903 (prócz wyżej wykazanych) 3890 K.»

Dr. Szulisławski, sekretarz. *Dr. Merunowicz*, prezes.

* Z powodu artykułu Doc. Dra Kośmińskiego: »Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu«, którego druk ukończyliśmy w Nr. 51 naszego tygodnika, przysyła nam Dr. Masłowski z Warszawy następujące uzupełnienie:

›Sprawiedliwość każe przyznać, że w sprawie wykonywania operacyi położniczych pod kontrolą wzroku położył niewątpliwe zasługi prof. Uniw. kazańskiego Dr. Fenomenow, który w r. 1892 wydał podręcznik operacyjnej akuszeryi i zaleca w nim, na podstawie wieloletniego doświadczenia, wykonywanie takich operacyi jak perforacya i embryotomia pod kontrolą wzroku w wzierniku łyżkowym«.

* Prof. Szymonowicz zawiadamia, że objął w czasopiśmie

„Centralblatt für normale und patologische Anatomie“ dział sprawozdawczy z prac polskich, wchodzących w zakres anatomii prawidłowej i porównawczej, histologii, embryologii i antropologii, zaś doc. Paweł Kučera referować będzie prace z zakresu anatomii patologicznej. Prof. Szymonowicz uprasza o nadsyłanie mu do Lwowa rozpraw i odbitek, dotyczących wyżej wymienionych przedmiotów.

* Niestrudzony Dr. J. Semerád rozesłał przy Nr. 51 »Časopisu lék. č.« Nr. 2. rocznika III-go »Slovanska bibliografie lékařská a Revue«. Jestto jedyna publikacya, z której dowiedzieć się można o rozwoju piśmiennictwa lekarskiego u narodów słowiańskich.

* Towarzystwo psychiatryczne w Petersburgu ogłosiło kilka tematów konkursowych, między którymi na pierwszem miejscu znajdujemy: »Przedstawienie działalności ś. p. prof. Balińskiego w związku z rozwojem psychiatryi w Rosyi«. Autor najlepszej pracy otrzyma 1000 rubli. Rozprawa ma być napisana w języku rosyjskim.

* Komitet syndykatu prasy paryskiej przyznał pani Curie-Skłodowskiej 60.000 fr. na dalsze badania radium.

* Apteka Gralewskiego w Krakowie złożyła na cele Towarz. samopomocy lekarzy 40 koron zamiast powinszowań noworocznych.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu koledzy: Arnold Wincenty (Lwów), Dietzius Adolf (Jarosław), Jabłoński Antoni (Kraków), Sztembart Celestyn (Lwów). *Dr. Langie* I sekretarz.

* Międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli między 30 sierpnia a 3 września 1904 r. pod przewodnictwem prof. Hegera.

* Między 8 a 14 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), podhajeckim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Ficker, higienista, mianowany profesorem w Berlinie. Dr. Łapińskij mian. profesorem chorób nerwowych i umysłowych w Kijowie. Doc. Dr. Weidenreich mianow. profesorem nadzw. anatomii w Strassburgu.

Nekrologia. Dr. Seweryn Dworzańczyk, lat 40, — w Łodzi. Dr. Maffucci prof. anatomii patol. — w Pizie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Bernhardt: Zastosowanie promieni Roentgena w leczeniu chorób skórnych. Kamieński: Kilka uwag z powodu surowicy przeciwpłoniczej Dra Palmirskiego. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą swoistą (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 51. Rydygier: Jak należy usunąć ewentualne zaciśnienie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy gastroenterostomij sposobem Wölflera? Łapiński: Przyczynek do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy (dok.).

— *Zdrowie* Z. 1. Szyc: Ogrody dziecięce imienia Raua. Handzel: Wodociągi płockie. Wysłouch: W sprawie walki z przymiotem. Łazarowicz: Nowa siedziba warszaw. Pogotowia ratunkowego.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 12. Čačković: Dvadeset i pet godišta. Marković: Rousselov zakon o zaštiti djece prvoga doba. Smolčić: Perforativna peritonitis, laparotomija, ozdrovljenje. Gundrum: O purgenu.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Panýrek: Eriophorum nová látka obvazová zvláště pro první pomoc. Barth: Novější náhledy o pathologii a therapii některých vad řeči. (c. d.). Hellviga: Péče o choromyslné na Moravě.

— *Lékařské rozhledy* Z. 12. Cisler: O prvotním, t. zw. klassickem stadiu obrny postiku. Veselý: Sphygmografie v praxi (dok.). Helbich: Zkušenosti z jodipinem.

— *La Presse médicale* Nr. 100. Bonnier: Jeden ze zbioru objawów (syndrome) w schorzeniu opuszki rdzenia. Costa: O zarazku zapalenia gardła Vincenta.

— Nr. 101. Jarvis: „Maladie du sommeil“ podług badań najnowszych. Martinet: Niestrawność hiposteniczna. Leczenie lekarstwami. Higiena specyalna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Sommer: Przyrząd do obserwowania tętna za pomocą dźwięków. Landau: Przepuszczająca niewydolność nerkowa w stwardnieniu tętnic. Manasse: Odziedziczone wysokie ustawienie łopatki. Rosenkranz: Kościec płodu okołoczteromiesięcznego w macicy, powstały w następstwie gnicia płodu po usiłowaniu zbrodniczego poronienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Sorgo: Wykazanie prątków gruźliczych w plwocinie. Friedrich: O »przepuklinie nadbrzusznej«. Unger: Uwagi kliniczne nad pierwotnym nabłoniakiem opłucnej. Heinicke: Dwa osobliwe przypadki nawykowego samowolnego zwichnięcia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 52. Braatz: Technika odkażania rąk. Hausmann: Przyczynek do nauki o przyzwyczajeniu się do arsenu. Oberwinter: O osutkach występujących po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, w szczególności o osutce podobnej do płonicy (dok.). Graetzer: Kostno-stawowe schorzenia stosu pacierzowego w wiądzie. Eckstein: Waselina czy twarda parafina do protez? Grünbaum: O »twardej urazowej opuchlinie grzbietu ręki« (dok.)

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 51. Schickele: Przyczynek kliniczny do przedwczesnego odklejenia się łożyska przy położeniu prawidłowem. Doepke: Dalsze doniesienia o istocie czynnej ludzkiej promienicy. Bornstein: Czy leczenie tuczące jest potrzebne? Hartmann: O wiądzie młodzieńczym i kile dziedzicznej. Saks: Przypadek niezwykłej przeszkody porodowej. Dreher: Dający się wyjałowić balon do wdmuchiwań w połączeniu z szpadułką do naciskania języka. Behr: O szybkiem stwardnianiu i szybkiem zatapianiu. Rosenau: Nowy przyrząd do natychmiastowego wydostawania soku żołądkowego, oraz wydęcia żołądka powietrzem. Lehmann: Leczenie świeżego pęknięcia międzykrocza. Heinecke: Przyczynek do mego doniesienia: »O wpływie X-promieni na zwierzęta«. Ernst: Budowa i znaczenie bakteryi (dok.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 51 (od 20/XII do 26/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 17, dz. 21; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 9, kob. 15; zamiejscowych: męż. 21, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 5. 8) odra: miej. —, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 8, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 24, obcych 30.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.